

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Sexualidade Saudável na Adolescência:
um Projeto de Enfermagem Comunitária

Inês Catarina Oliveira Pereira

Lisboa

2016

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in various shades of green.



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Sexualidade Saudável na Adolescência:
um Projeto de Enfermagem Comunitária

Inês Catarina Oliveira Pereira

Orientador: Sr. Prof. António Major

Coorientadoras: Sra. Enf^a Catarina Afonso

Sra. Enf^a Isabel Nunes

Lisboa

2016



Agradecimentos

Esta é a oportunidade de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, possibilitaram a concretização deste trabalho.

De forma mais individual, gostaria de expressar um sentido agradecimento...

Ao Sr. Prof. António Major, orientador deste percurso, pela competência e disponibilidade.

À Sra. Enf^a Catarina Afonso e Sra. Enf^a Isabel Nunes, coorientadoras do trabalho, pela motivação, sabedoria, paciência, disponibilidade e acima de tudo pela amizade.

À Direção do ACES e à Direção da Escola Básica pela possibilidade que me deram para a concretização deste trabalho.

Aos meus colegas de Mestrado pela partilha e apoio ao longo deste percurso.

À minha família e amigos pelo amor incondicional e por nunca desistirem de mim.

A todas as pessoas que, de alguma forma, apoiaram a realização deste trabalho.

E por fim, mas não menos importante, aos estudantes da Escola Básica que partilharam comigo este caminho.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

DT – Diretora de turma

EB – Escola Básica

ECPF – Escala de Conhecimentos sobre Planeamento Familiar

EE's – Encarregados de Educação

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Enf^a. – Enfermeira

Ex. - Exemplo

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual

HPV – Human Papillomavirus

IST's – Infecções sexualmente transmissíveis

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PES – Programa de Educação para a Saúde

Prof^a. – Professora

QPAES – Questionário de Percepção dos Alunos acerca da Educação Sexual

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Resumo

A adolescência é uma fase do ciclo vital marcada por profundas alterações a vários níveis, nomeadamente transformações a nível físico, social, psicológico, comportamental, cognitivo, relacional. A par com estas alterações e com o desenvolvimento sexual têm-se verificado comportamentos de risco ao nível da sexualidade na adolescência associado à precocidade do início sexual, às relações sexuais não protegidas, às relações sexuais sob o efeito de álcool e/o drogas e aos múltiplos parceiros. Estes fatores traduzem-se em elevadas taxas de gravidez na adolescência e à transmissão de infeções sexualmente transmissíveis com um impacto significativo para o indivíduo, família e comunidade.

Tendo em conta estes factos, foi realizado um projeto de intervenção comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área da Grande Lisboa, que decorreu no período de Maio de 2015 a Fevereiro de 2016 e teve como finalidade contribuir para a vivência saudável da sexualidade num grupo de adolescentes de uma escola básica da área de intervenção de uma UCC.

Para a sua concretização foram seguidas as fases da Metodologia de Planeamento em Saúde de Tavares (1990) e a sua estruturação foi moldada conceptualmente pelo Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

O diagnóstico de situação foi realizado junto dos adolescentes e demonstrou défices ao nível dos conhecimentos, autoeficácia e crenças relativamente à sexualidade. Para dar resposta a estes problemas foi realizada uma intervenção dinâmica e estruturada, assente na Educação para a Saúde. A avaliação da intervenção aponta melhorias nestes problemas, nomeadamente ao nível dos conhecimentos, em que 91,7% dos estudantes demonstra conhecimentos moderados ou bons sobre planeamento familiar. Os resultados coadunam-se com a promoção de uma vivência saudável da sexualidade na adolescência. O projeto permitiu também o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Promoção de saúde; Sexualidade; Adolescência.

Abstract

The adolescence is a vital cycle phase marked by profound changes at various levels, including physical, social, psychological, behavioral, cognitive and relational level. Along with this changes and sexual development we have seen risk behaviors related to adolescence sexuality associated to early sexual initiation, unprotected sex, sexual relations under the influence of alcohol and / or drugs and multiple partners. These behaviors lead to high rates of adolescence pregnancy and transmission of sexually transmitted infections with a significant impact on the individual, family and community.

Given this facts, it was conducted a community intervention project in a Community Care Unit (UCC) of a Health Care Center of Great Lisbon area, which took place in the period of May, 2015 to February, 2016 and aimed to contribute to sexual health in a group of adolescents from a basic school within the intervention of UCC.

For the project development, the phases of Health Planning Methodology (Tavares, 1990) were followed, and its structure was conceptually shaped by the Health Promotion Model (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

The situation diagnosis was conducted among the adolescents and showed deficits in knowledge, self efficacy and beliefs related to sexuality. To address these problems a dynamic and structured intervention was implemented, based on Health Education.

The intervention evaluation shows improvement in these problems, particularly in knowledge, where 91.7 % of students shows moderate or good knowledge about family planning. These results are consistent with sexual health promotion of adolescents. This project also enabled the development of specialist nursing skills of community nursing and public health.

Keywords: Community nursing; Health Promotion; Sexuality; Adolescence.

Índice

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1. A adolescência.....	10
1.2. A sexualidade na adolescência	12
1.3. Papel da enfermagem comunitária na promoção da sexualidade saúdável.....	15
2. METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
2.1. Metodologia do planeamento em saúde	20
2.1.1. O contexto.....	20
2.1.2. População alvo e amostra.....	21
2.1.3. Instrumento e procedimento de recolha de dados.....	22
2.1.4. Tratamento e análise dos dados.....	23
2.1.5. Considerações éticas.....	24
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
3.1. Diagnóstico de situação	25
3.1.1. Apresentação, análise e discussão dos dados.....	25
3.1.2. Diagnósticos de enfermagem.....	31
3.2. Determinação de prioridades	34
3.3. Fixação de objetivos.....	35
3.4. Seleção de estratégias.....	37
3.5. Preparação operacional – programação	42
3.5.1. Outras atividades relevantes	48
3.6. Avaliação e controlo.....	49
4. CONCLUSÕES.....	53
4.1. Considerações finais.....	53
4.2. Análise reflexiva das competências de EEECSPP adquiridas	54
4.3. Limitações	56
4.4. Implicações para a prática	57
BIBLIOGRAFIA	58

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

Apêndice II – Autorização dos autores para aplicação dos instrumentos

Apêndice III – Pedido de autorização à Direção do ACES

Apêndice IV - Pedido de autorização à Direção da Escola Básica 2,3 AG

Apêndice V – Pedido de autorização aos Pais/Encarregados de Educação

Apêndice VI – Apresentação dos dados sociodemográficos

Apêndice VII – Apresentação dos dados do QPAES

Apêndice VIII – Apresentação dos dados da ECPF

Apêndice IX – Enquadramento conceptual dos resultados obtidos

Apêndice X – Método de Hanlon

Apêndice XI – Apresentação efetuada em reunião do Conselho Pedagógico

Apêndice XII – Cronograma de Gantt

Apêndice XIII – Informação enviada aos pais/EE

Apêndice XIV- Documentos referentes à EpS 1 – Afinal o que é a sexualidade?

Apêndice XV- Documentos referentes à EpS 2 – A minha individualidade!

Apêndice XVI- Documentos referentes à EpS 3 – A contraceção é a melhor prevenção!

Apêndice XVII- Documentos referentes à EpS 4 – Vamos esclarecer dúvidas!

Apêndice XVIII – Folheto informativo dirigido aos estudantes da EB 2,3 AG

Apêndice XIX – Apresentações das sessões de EpS Interpares

Apêndice XX – Folheto informativo dirigido aos pais/EE

Apêndice XXI - Fotografias das atividades realizadas

Apêndice XXII – Documentos referentes à sessão realizada aos restantes 9ºs anos

Apêndice XXIII - Apresentação dos dados do QPAES e ECPF (2ª aplicação)

Apêndice XXIV – Avaliação das sessões EpS

Anexos

Anexo I – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde

Índice de gráficos

	p.
Gráfico 1 – Género dos estudantes.....	26
Gráfico 2 – Idade dos estudantes.....	26
Gráfico 3 – Posição dos irmãos.....	26
Gráfico 4 – Respostas à questão 10: a educação sexual serve para.....	27
Gráfico 5 – Respostas à questão 16: atribuição de muita importância aos temas.....	29
Gráfico 6 – Média de conhecimentos sobre planeamento familiar de cada turma.....	31

Índice de quadros

Quadro 1 – Fixação de objetivos específicos, operacionais e indicadores...	35
Quadro 2 – Avaliação dos indicadores do projeto.....	50

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de oportunidades de crescimento a vários níveis e uma fase de desenvolvimento que acarreta marcadas alterações a nível físico, psicológico, comportamental, cognitivo, relacional, entre outros.

Estas mudanças significativas implicam a transformação das relações familiares, o aumento da autonomia individual, um forte sentido de identidade, uma alteração nas perspetivas de realização e uma transformação no modo de encarar a intimidade e sexualidade em termos pessoais e sociais (Oliveira, 2008).

São estas mudanças, que associadas à necessidade de intimidade e ao despertar do desejo sexual (Oliveira, 2008) podem conduzir a comportamentos sexuais de risco com consequências para o próprio, família e mesmo comunidade (World Health Organization, 2015). De facto, na atualidade, verifica-se uma precocidade no início da vida sexual, elevadas taxas de gravidez e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) na adolescência e relacionamentos sexuais associados à utilização de álcool e drogas (Ramiro, et al, 2011).

É neste contexto que a educação na adolescência deve ser impulsionada, promovendo uma atitude positiva e responsável face à sexualidade (WHO, 2010). A educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens (Ramiro, et al, 2011) e deverá estender-se ao longo do ciclo de vida (WHO Europe, 2010).

A escola age como contexto privilegiado na construção de alicerces futuros, nomeadamente conhecimentos, comportamentos e atitudes que poderão influenciar a saúde e a qualidade de vida (Oliveira, 2008), o que traduz a importância do desenvolvimento de intervenções promotoras de saúde em contexto escolar, estruturadas, adequadas e intersectoriais de forma a capacitar os estudantes para adoção de comportamentos e atitudes saudáveis, nomeadamente no que se refere à sexualidade.

Perante o exposto e tendo em conta que uma das áreas de intervenção apontada pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (Direção Geral de Saúde, 2015) é a educação para os afetos e sexualidade, mas também pelo facto de

esta ser uma necessidade identificada no contexto de estágio, decidiu-se a realização deste trabalho relativo à temática - sexualidade saudável na adolescência.

Este trabalho enquadra-se no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem Comunitária – Estágio com Relatório.

Assim, o objetivo deste relatório é descrever e analisar criticamente o percurso efetuado ao longo do estágio.

A globalidade do estágio decorreu no período de 4 de Maio de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016 numa Unidade de Cuidados na Comunidade da área da Grande Lisboa (a qual é denominada neste relatório como UCC O) e tem como finalidade contribuir para a vivência saudável da sexualidade num grupo de adolescentes de uma escola básica da área de intervenção da UCC O.

A par com a promoção da saúde sexual, este caminho implica um desenvolvimento de competências específicas em enfermagem comunitária, já que o enfermeiro especialista é um agente privilegiado na promoção e educação para a saúde, sendo o seu foco da intervenção a promoção de saúde de grupos e comunidades, através da capacitação para tomadas de decisão com vista à saúde individual, familiar e comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Para estruturar conceptualmente o desenvolvimento e as ideias emergentes deste projeto é utilizado o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Pender, Murdaugh & Parsons (2011) que permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, mas também implementar e avaliar ações promotoras de saúde.

A metodologia de trabalho adotada é a metodologia de planeamento em saúde (Tavares, 1990), que é entendido como um processo contínuo e dinâmico e integra diferentes fases. O planeamento da saúde procura, acima de tudo mudanças no comportamento das populações com vista à melhoria da saúde.

Este trabalho integra, essencialmente, três capítulos: o enquadramento teórico, a metodologia do projeto de intervenção, o projeto de intervenção e as conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão da literatura e o enquadramento teórico possibilitam a compreensão do conhecimento atual sobre a matéria a abordar e têm assim uma função integradora (Polit, Beck & Hungler, 2004).

1.1. A adolescência

O conceito de adolescência é relativamente recente, e são as profundas alterações sofridas pela família ao longo dos tempos que determinaram o aparecimento deste conceito. Historicamente, nas sociedades pré-industriais as tarefas de educação e de aprendizagem do trabalho dos jovens estavam centradas na família e sintetizavam-se às ocupações e padrões de vida necessários ao quotidiano da família. Na sociedade industrial, esta forma de organização doméstica sofre uma mudança em que a família diminui o controlo sobre as atividades dos mais novos e as tarefas de educação geral e aprendizagem do trabalho são deslocadas para fora dela. Assim, a família ao perder a sua evolução produtiva devido à industrialização, assume um lugar de espaço emotivo, onde o jovem interage e em que há um grau de diferenciação do indivíduo que o faz ter que pertencer a vários grupos (Sampaio, 2006).

A World Health Organization (WHO) (s.d) refere que a adolescência é um período do crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta entre os 10 e os 19 anos. Esta é uma fase que representa uma das transições críticas no ciclo de vida e é caracterizada por um significativo ritmo de crescimento e mudança. Os processos biológicos definem muitos aspetos deste desenvolvimento, sendo que a puberdade marca a passagem da infância para a adolescência. Apesar dos determinantes biológicos serem universais, a duração e definição das características deste período variam com o tempo, culturas e situações socioeconómicas (WHO, s.d).

Esta Organização aponta outras alterações na adolescência para além da maturação física e sexual, como o movimento para a independência económica e social, o desenvolvimento de identidade, a aquisição das competências

necessárias para levar a cabo as relações e os papéis de adultos, e a capacidade de raciocínio abstrato (WHO, s.d).

Sampaio (2006), Oliveira (2008) e Machado (2015) apontam a dificuldade em determinar exatamente o início e o fim da adolescência. Enquanto que a puberdade é classicamente marcada pelo aparecimento da menarca e pode marcar o início da adolescência, é mais difícil determinar o fim da adolescência pois não há nenhum acontecimento biológico que indique com precisão a entrada na idade adulta.

Para Oliveira (2008) apesar de difuso, o fim da adolescência, habitualmente, é marcado pela assunção da plena responsabilidade social. A maturidade cognitiva coincide, mais ou menos, com a capacidade para o pensamento abstrato, porém a maturidade emocional pode depender da descoberta da própria identidade, da independência em relação aos pais, do desenvolvimento de um sistema de valores e do estabelecimento de relações. De acordo com Sampaio (2006) o fim da adolescência ocorre quando o sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida.

São referidos por Sampaio (2006) (citando Laufer, 1972) três núcleos principais de tarefas a realizar durante a fase da adolescência: alteração da relação com os pais; alteração da relação com os companheiros e formação de identidade sexual.

Nesta fase os indivíduos desenvolvem um importante potencial devido ao pensamento formal, são evidenciadas transformações sociocognitivas que incluem um desenvolvimento na complexidade de raciocínio e nas percepções sociais e ainda transformações ao nível da compreensão interpessoal. Esta é também uma etapa em que as relações familiares são influenciadas pelas transformações do adolescente, podendo estas relações facilitar ou dificultar as transições por que eles passam. Por outro lado, são as relações com os colegas que constituem um dos principais contextos em que os adolescentes desenvolvem características pessoais para a vida adulta e estes desempenham uma importância crescente (Machado, 2015; Sprinthall & Collins, 2003).

Enquanto que a adolescência é um período de grande crescimento e potencial, é também um momento de risco considerável durante o qual

contextos sociais exercem influências poderosas (WHO, s.d). O mesmo é apontado por Pender, Murdaugh & Parsons (2011), ao referirem que na adolescência, a incapacidade de utilizar as competências cognitivas para resolver problemas em situações stressantes tem implicações nas suas escolhas de comportamento sob *stress*, tais como serem pressionados pelos pares para beber álcool ou experimentar drogas ilegais

Ao longo deste processo, os adolescentes tendem a compreender cada vez com mais clareza que o real é apenas uma possibilidade de entre muitas, são capazes de desenvolver conceitos complexos e abstratos sobre si mesmos e sobre os outros, têm a capacidade de levar em conta os pensamentos e as perspectivas dos outros, desenvolvem uma forte dimensão social e conseguem fixar objetivos a médio e longo prazo (Machado, 2015; Oliveira, 2008).

1.2. A sexualidade na adolescência

A WHO definiu em 2006 o conceito de sexualidade como sendo um aspeto central do ser humano, ao longo da vida, que engloba, sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa de diferentes formas e influenciada por diferentes fatores (WHO, 2006).

Na adolescência, a dificuldade em compreender a sexualidade, tal como a própria adolescência, reside em saber até que ponto ela é determinada pelas transformações biológicas da puberdade ou é reflexo das expectativas sociais e culturais ou de padrões de comportamento aprendidos. Tal, pode implicar que diferentes contextos e atitudes culturais determinem diferentes padrões de comportamento e estados psicológicos associados à sexualidade (Oliveira, 2008). Tal como a adolescência, a sexualidade começa com a biologia e constrói-se com a cultura o que implica a necessidade de enquadrar esta temática num contexto extremamente vasto, composto por experiências de aprendizagem social, expectativas e papéis com que o adolescente é confrontado durante a transição para a vida adulta (Sprinthall & Collins, 2003).

No entanto, são apontadas diferenças entre homens e mulheres no que concerne ao início das experiências sexuais. O início da expressão sexual

masculina manifesta-se por masturbações solitárias, e só depois por relações interpessoais. As raparigas têm mais probabilidade de experienciar a primeira relação sexual no contexto de um relacionamento emocional, e a masturbação, menos frequente nas raparigas, costuma acompanhar e não anteceder as experiências heterossexuais. Assim, as raparigas são mais propensas a vivenciar a sexualidade como uma experiência interpessoal em que existe um certo comprometimento emocional (Sprinthall & Collins, 2003).

Desta forma, a iniciação sexual é reveladora das diferenças entre a sexualidade masculina e a sexualidade feminina e, na sociedade portuguesa, constitui ainda um importante rito de passagem (Aboim, 2013).

Todavia, tem vindo a verificar-se, nas últimas décadas, mudanças nas atitudes perante a sexualidade e no comportamento sexual dos jovens potenciadas pela globalização e migrações e pela rápida disseminação de novos meios de comunicação (WHO Europe, 2010).

Perante estes dados, uma área importante da saúde na adolescência é a sexualidade, pois os adolescentes tendem a ter uma taxa mais alta de relações sexuais não protegidas e IST's que os adultos (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Neste contexto, é descrito pela WHO (2015) que, de todas as mulheres grávidas, 11% são adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Cerca de 95% destes nascimentos ocorrem nos países com baixos ou médios rendimentos.

Os nascimentos na adolescência representam uma elevada carga de doença e complicações associadas à gravidez e ao parto e cerca de 2,5 milhões de adolescentes, por ano, em todo o mundo têm práticas de aborto não seguras. As adolescentes grávidas têm também mais probabilidade de fumar e consumir álcool. A gravidez na adolescência provoca, frequentemente, o abandono escolar o que tem implicações para a adolescente enquanto indivíduo, para as famílias e comunidades (WHO, 2015).

A par com o elevado número de gravidezes na adolescência, verifica-se que 18% dos novos diagnósticos de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), no mundo, são em jovens com idades compreendidas entre 13 e 24 anos e é neste grupo etário (adolescentes e jovens adultos) que se verifica a taxa mais elevada de infeções sexualmente transmissíveis (CDC, 2010).

Para além do referido, uma iniciação sexual precoce está também associada a sintomas de depressão a curto prazo nas raparigas, menor nível de escolaridade, mais parceiros sexuais e práticas sexuais de risco na idade adulta (Health Behaviour in School-aged Children, 2014)

Em Portugal, num estudo realizado sobre a saúde dos adolescentes portugueses (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2014) é referido que 12,2% dos adolescentes do 8º ano de escolaridade e 22% dos adolescentes do 10º ano de escolaridade já tiveram relações sexuais. Dos adolescentes que tiveram relações sexuais 70,4% referem ter utilizado preservativo na última relação sexual. Dos adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade que já tiveram relações sexuais, 15,9% mencionam que já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Cerca 45% dos adolescentes queria que a relação sexual tivesse acontecido naquela altura.

Num outro estudo (Ferreira & Torgal, 2011) é apontado que o número de parceiros sexuais dos adolescentes portugueses variou entre 1 e 9, sendo que 62% dos adolescentes referiu ter tido só um parceiro. Tais dados estão em consonância com Silva, et al (2012) que concluiu que 39,5% dos adolescentes do sexo masculino refere ter tido 4 ou mais parceiros. Deste trabalho salienta-se ainda que 18% das adolescentes estudadas já utilizaram a pílula do dia seguinte.

Dos adolescentes inquiridos no estudo de Ferreira & Torgal (2011) que já iniciaram a vida sexual, 2,1% contraíram uma infeção sexualmente transmissível. A baixa taxa de IST's reportada pode, no entanto, ser devida a infeções não detetadas. Neste trabalho é ainda referido que 84,7% dos adolescentes sexualmente ativos nunca foram a uma consulta de planeamento familiar. Vilar & Ferreira (2010) apontam conhecimentos deficitários dos adolescentes no que concerne a questões práticas sobre métodos contraceptivos e IST's.

Apesar destes resultados, dados apontados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) demonstram uma diminuição na taxa de fecundidade na adolescência de 14,7‰, em 2010 (INE, 2010), para 9,3‰, em 2014 (INE, 2015), contudo de todas as interrupções voluntárias da gravidez em Portugal,

em 2014, 10,92% foram praticadas por jovens com menos de 19 anos (DGS, 2015b).

O uso de métodos contraceptivos na adolescência continua a assumir contornos díspares, o que aliado a um início precoce da atividade sexual, à desresponsabilização e ao maior número de parceiros, é possível inferir sobre a elevada prevalência de comportamentos de risco (Silva et al 2012).

Este quadro nacional e internacional remete para a importância do desenvolvimento de programas de educação sexual de forma a prevenir comportamentos de risco na adolescência e promover a sexualidade saudável do indivíduo, pois os programas de educação sexual diminuem a probabilidade de uma atividade sexual prematura (Collins & Sprinthall, 2003; Vilar & Ferreira, 2010) e tendem a estar positivamente associados a alguns comportamentos preventivos e a uma capacidade de pedir ajuda quando necessário (Vilar & Ferreira, 2010).

1.3. Papel da enfermagem comunitária na promoção da sexualidade saudável

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986) foi basilar na mudança do entendimento sobre saúde no mundo. O foco das políticas de saúde passa ser a promoção da saúde. Nesta Conferência foi estabelecido o conceito de promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. A saúde deixa de ser vista como responsabilidade exclusiva do sector da saúde, e neste processo de procura da Saúde para Todos deve ser reforçada a ação comunitária através de ações concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Para Pender, Murdaugh & Parsons (2011) a promoção de saúde é vista como um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e desenvolver o potencial da saúde humana e, por isso, fomentar mudança e

crescimento. A saúde dos indivíduos e famílias é marcadamente afetada pela comunidade, ambiente e sociedade em que vivem, e assim, o contexto em que se inserem pode potencializar ou inibir a saúde e o bem-estar.

Estes fatores que influenciam a saúde das pessoas, são designados como determinantes da saúde e, de acordo com George (2014) podem ser agrupados em cinco categorias: fixos ou biológicos, sociais e económicos, ambientais, estilos de vida (onde é englobado o comportamento sexual) e acesso aos serviços. Cerca de 70% dos determinantes da saúde estão fora do sector da saúde (George, 2014) daí a importância da saúde ser prioritária em todas as políticas e não apenas nas políticas de saúde. A última Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (2013) remete para um conjunto de orientações para se desenvolver A Saúde em Todas as Políticas.

É neste entendimento de saúde em todas as políticas que Laverack (2008) considera a promoção de saúde ao referir que tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, possibilitando mudança nas políticas sociais, de trabalho e da comunidade que fomentam a saúde.

Associado ao conceito de saúde importa considerar o conceito de saúde sexual, como uma das suas dimensões. De acordo com a WHO (2006) a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; a saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitável à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.

Face à evolução das sociedades nos últimos anos, como a globalização e as migrações, o desenvolvimento dos *media*, a propagação do VIH, a preocupação acrescida com o abuso sexual de crianças e adolescentes e a mudança de atitudes e comportamentos perante a sexualidade, urge a necessidade da educação sexual que deve ser transversal ao longo da vida (WHO Europe, 2010).

A educação sexual é parte de uma educação mais abrangente e como tal afeta o desenvolvimento da personalidade da criança. A sua natureza preventiva não só contribui para a prevenção de consequências negativas

ligadas à sexualidade, mas pode também influenciar a qualidade de vida, saúde e bem-estar. Desta forma, a educação sexual contribui para a promoção da saúde em geral (WHO Europe, 2010).

A escola é o meio ideal para a educação para a saúde pois, se por um lado os estudantes possuem grande capacidade de aprendizagem e assimilação de hábitos, por outro, é um local onde é possível atingir uma grande parte dos jovens (Nunes, 2007; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Em Portugal, a educação sexual é enquadrada legalmente através da Lei nº 60/2009 que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar (Diário da República, 2009).

A educação sexual é igualmente apontada no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015a) e no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013b), como área de intervenção no contexto da saúde.

É neste contexto integrativo que surge a iniciativa da WHO das Escolas Promotoras de Saúde com o objetivo de consolidar as estratégias de promoção de saúde definidas na Carta de Ottawa. Portugal integra, desde 1994, a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação (DGS, 2015a).

Assim, a promoção da saúde e a educação sexual na adolescência deverá ser efetuada num contexto colaborativo entre as estruturas de saúde e as estruturas de ensino (OE, 2009; GTES, 2007; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011), através de uma abordagem holística baseada na compreensão da sexualidade como uma área de potencial humano que ajuda as crianças e jovens adultos a desenvolver competências essenciais para autodeterminar a sua sexualidade e relações nos variados níveis de desenvolvimento (WHO Europe, 2010). Deve promover a aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias; a avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda, os fatores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como as normas sociais, a pressão dos amigos e a influência do parceiro (Ramiro et al, 2011).

Nesta linha de pensamento, a educação sexual deverá incluir intervenções do tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar

e respetivos contextos de vida, como a escola, família e grupo de pares, mas também intervenções mais específicas (Ramiro et al, 2011).

O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades da educação sexual na adolescência (OE, 2009). Os enfermeiros ajudam os adolescentes a desenvolverem competências que os capacita a negociar os níveis de intimidade e as medidas contracetivas a usar numa relação, assim como a promover o pensamento crítico e a tomada de decisões e a resolução de problemas, a aumentar a sua autoconfiança e capacidade de fazerem escolhas informadas. Promover a motivação para a vigilância de saúde sexual e a informação das instituições e dos locais onde a podem fazer de forma gratuita é também crucial (Ferreira & Torgal, 2011).

De acordo com Jones (2008) o enfermeiro de saúde escolar desempenha um papel significativo ao facilitar o trabalho colaborativo, multidisciplinar e de coordenação de programas, possibilitando uma abordagem consistente e envolvendo a comunidade em geral. Por outro lado, os enfermeiros de saúde escolar demonstram eficácia no envolvimento dos pais com a comunidade escolar em benefício dos seus filhos.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EECSP) desenvolve a sua ação, tendencialmente, na promoção da saúde e tem um papel privilegiado na proximidade com os adolescentes o que lhe possibilita uma avaliação e identificação de crenças, comportamentos e atitudes destes face à sexualidade. Baseando-se no diagnóstico de situação, desenvolve a sua intervenção na capacitação dos adolescentes para as suas tomadas de decisão promotoras de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). O mesmo é apontado pela OE (2010b) que centraliza a intervenção do EECSP na comunidade onde desenvolve a sua ação, dirige-se a projetos de saúde de grupos, comunidade e população com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Esta é também uma linha orientadora emanada no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013a), que realça a importância do reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual

e coletiva através da partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde) com um sentido de pro-atividade, compromisso e autocontrolo (capacitação), com a finalidade última da responsabilidade e autonomia individual e coletiva - *empowerment*. Este é um conceito estreitamente relacionado com a promoção da saúde e define-se como “o processo pelo qual as pessoas adquirem controlo sobre os fatores e decisões nas suas vidas” (DGS, 2015a, p.63).

Para guiar este processo de capacitação e *empowerment* com vista à melhoria da saúde, o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) traz contributos acrescidos, pois permite representar a natureza multidimensional das pessoas em interação com os seus contextos interpessoais e físicos na procura da saúde e integra três pontos: características e experiências individuais do indivíduo/grupo, conhecimentos e sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar e comportamentos desejáveis de promoção de saúde.

De acordo com este modelo, cada pessoa tem características únicas e pessoais e experiências que influenciam ações subsequentes, mas são as variáveis comportamentais específicas como os benefícios e as barreiras percebidas, a autoeficácia, o efeito relacionado com a atividade e as influências interpessoais e situacionais que têm o maior significado motivacional. O comportamento promotor de saúde é o fim ou o resultado esperado neste modelo. Este comportamento promotor de saúde é, em última análise dirigido à obtenção de ganhos em saúde para a pessoa (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) (Anexo I).

2. METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia adotada na prossecução deste trabalho é a metodologia do planeamento em saúde de Tavares (1990) que implica “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre alternativas” (Tavares, 1990, p.29).

2.1. Metodologia do planeamento em saúde

A metodologia do planeamento em saúde permite utilizar de forma eficaz os recursos existentes, intervir na causa dos problemas, definir prioridades, evitar intervenções isoladas e utilizar de forma eficiente infraestruturas e equipamentos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das competências específicas do EEECSPP é a avaliação do estado de saúde com base na metodologia do planeamento em saúde (OE, 2010b).

Do processo de planeamento em saúde decorrem cinco fases apontadas por Tavares (1990): diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional – programação e avaliação e controlo.

Antes de mais, importa proceder a uma caracterização do contexto, definir a população alvo e amostra, abordar o instrumento e o procedimento de recolha de dados e tecer considerações éticas.

2.1.1. O contexto

Este percurso desenvolveu-se em contexto de cuidados de saúde primários, num ACES da área da Grande Lisboa, especificamente na UCC O. As UCC's, pelas suas características específicas de intervenção e de grande proximidade com a comunidade em que se inserem, detêm um papel privilegiado na educação para a saúde, assegurando respostas articuladas, integradas e diferenciadas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2008).

Esta UCC desenvolve diferentes projetos de intervenção na comunidade, sendo um deles o projeto de Saúde Escolar, que procura incluir linhas de

atuação do Programa Nacional de Saúde Escolar, Promoção e Alimentação Saudável, Saúde Mental, Vacinação e Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar.

Após entrevista com informadores chave, nomeadamente a Sra. Enf^a Coordenadora da UCC O e EEECSF (de agora em diante denominada de Sra. Enf^a A) e a Sra. Enf^a da Saúde Escolar e EEECSF (de agora em diante denominada de Sra. Enf^a B) foi proposta a realização do projeto de intervenção numa das escolas da área de intervenção da UCC O – Escola Básica (EB) 2,3 AG - devido à existência de necessidades da escola no âmbito da educação sexual, pois no seu plano de atividades apenas existem atividades pontuais planeadas relativas a esta temática. Esta é uma escola que integra aproximadamente 800 estudantes distribuídos por 5 anos de escolaridade (do 5º ano ao 9º ano).

Para o desenvolvimento deste projeto, efetivaram-se, numa fase inicial, duas reuniões conjuntas entre os diferentes agentes deste processo: Sra. Diretora da EB 2,3 AG; Sra. Prof^a Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde (PES) da escola (de agora em diante denominada de Sra. Prof^a C), Sra. Enf^a A e Sra. Enf^a B. Estas reuniões tiveram como objetivo não só a apresentação do projeto, mas também uma sensibilização dos intervenientes para a importância da temática em estudo e consequente autorização para a implementação do projeto na escola. Também Tavares (1990) acrescenta que esta etapa do planeamento pode servir para sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a realizar.

Após estas reuniões numa fase precoce deste processo, o desenvolvimento do diagnóstico de situação foi facilitado pelas sugestões e mediação da Sra. Prof.^a C, que formalizou junto dos diretores de turma (DT's) a realização deste trabalho, mediou a entrega do pedido de autorização aos Encarregados de Educação (EE's)/pais e agendou os horários e os locais para a aplicação dos questionários.

2.1.2. População alvo e amostra

No presente projeto de intervenção, definiu-se como população alvo, para a realização do diagnóstico de situação, os adolescentes do 8º ciclo da EB 2,3

AG (do ano letivo 2014/2015), que correspondem a 134 estudantes, pois apesar da WHO Europe (2010) apontar para a importância da transversalidade da educação sexual ao longo da vida, diferentes estudos (Matos et al, 2014; Silva et al, 2012; Ferreira & Torgal, 2011; Vilar & Ferreira, 2010) sugerem o início da atividade sexual, por vezes associada a comportamentos de risco, nesta faixa etária.

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados e, consequente realização do diagnóstico de situação, foram tidos em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Estudantes que frequentam o 8º ano de escolaridade da EB 2,3 AG
- Estudantes que entregam o consentimento informado assinado e autorizado pelos pais/EE's;
- Estudantes com capacidade de leitura, compreensão e escrita para responder ao instrumento

Assumiram-se como critérios de exclusão:

- Estudantes que tenham estado ausentes da aula na qual o instrumento de recolha de dados foi aplicado.
- Estudantes que entregam consentimento informado recusado pelos pais/EE.

Após aplicação destes critérios, dos 134 estudantes matriculados no 8º ano, apenas 67 estudantes preencheram o instrumento de recolha de dados: 62 estudantes não devolveram o pedido de autorização dos pais/EE's e 5 estudantes tiveram autorização negada pelos pais/EE's. Estes 67 estudantes constituem a amostra para o diagnóstico de situação que, de acordo com Polit, Beck & Hungler (2004) corresponde a um subconjunto da população. Esta técnica de amostragem utilizada corresponde a uma amostragem não probabilística por conveniência pois os elementos selecionados foram, de entre a população, os mais acessíveis (Hicks, 2006).

2.1.3. Instrumento e procedimento de recolha de dados

Para a concretização do diagnóstico de situação foi utilizado um instrumento de recolha de dados que se encontra em apêndice I.

Este instrumento integra uma primeira parte que diz respeito aos Dados Sociodemográficos; uma segunda parte compreendida pelo Questionário de Percepção dos Alunos acerca da Educação Sexual (QPAES) (Batanete, Lopes & Arranca, 2012) que integra questões de escolha múltipla relativas à percepção dos estudantes sobre educação sexual; e uma terceira parte composta pela Escala de Conhecimentos sobre Planeamento Familiar (ECPF) (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010). A ECPF é uma escala tipo likert (de 1 a 5, em que 1 corresponde a discordo totalmente e 5 corresponde a concordo totalmente), que integra 22 itens, em que os itens 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 17, 18, 20 e 22 são cotados inversamente. A pontuação obtida nesta escala permite classificar os conhecimentos em insuficientes, moderados e bons, tendo em conta os valores dos percentis 25 e 75, conforme orientações dadas por um dos autores da escala, após pedido de esclarecimento adicional. Esta escala compreende asserções relacionadas, essencialmente, com conhecimentos acerca dos métodos contracetivos e suas características, mas também atitudes e crenças relativamente à sua utilização

Tanto o QPAES como a ECPF se encontram validados para a população portuguesa e a sua aplicação autorizada pelos respetivos autores (apêndice II). O QPAES encontra-se registado na Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, com nº0164200001 e a ECPF encontra-se integrada num outro instrumento mais abrangente, mas também este registado na Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, com o nº 0071200008.

O instrumento foi aplicado presencialmente aos estudantes, em sala de aula, em horário previamente definido, após nota introdutória para apresentação do projeto, esclarecimento de dúvidas e retorno dos consentimentos informados. Estes procedimentos foram realizados na presença do respetivo diretor de turma e tiveram a duração de aproximadamente 20 minutos.

2.1.4. Tratamento e análise dos dados

O tratamento dos dados obtidos foi efetuado através do programa informático de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22, com recurso à estatística descritiva que, segundo Polit,

Beck & Hungler (2004), permite sintetizar e descrever dados. Dentro da estatística descritiva são utilizadas, no decorrer da análise, medidas de tendência central (médias e percentis), que procuram caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com mais frequência (Maroco, 2007). Recorreu-se ainda ao cálculo das frequências absolutas e relativas para a caracterização das variáveis.

Como variáveis foram utilizadas variáveis qualitativas, medidas numa escala nominal (ex: género) e ordinal (ex: ECPF) De acordo com Maroco (2007) as variáveis qualitativas são variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta, exaustivas e mutuamente exclusivas.

2.1.5. Considerações éticas

Para a prossecução do projeto de intervenção no âmbito do Mestrado em Enfermagem é necessário atender a questões éticas, pois, tal como referem Streubert & Carpenter, (2002) o comprometimento com um trabalho desta natureza implica uma responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral.

Assim, inicialmente foi efetuado o pedido de autorização para a concretização deste projeto à Direção do ACES (apêndice III) e à Direção da EB 2,3 AG (apêndice IV). Após estas diligências e repostas positivas, foi formalizado um pedido de autorização aos pais/EE's dos estudantes do 8º ano de escolaridade (apêndice V), informando sobre o âmbito do projeto e objetivo do mesmo e disponibilizando contactos para esclarecimentos de outras questões, caso os EE's assim entendessem necessário. O procedimento de entrega e receção do pedido de autorização aos EE's foi efetuado pelos respetivos diretores de turma.

Este instrumento foi aplicado aos estudantes, após estes terem entregue a autorização escrita dos EE's e dado o seu próprio consentimento informado. Ao longo deste processo foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados. O desenvolvimento de uma prática profissional e ética é apontado como uma das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto, baseado na metodologia do planeamento em saúde, pressupõe um processo contínuo e dinâmico, não se devendo considerar uma etapa do planeamento em saúde como inteiramente concluída (Imperatori & Giraldes, 1993). Este aspeto implica um olhar crítico e reflexivo para as etapas anteriores no decorrer do processo, possibilitando assim, uma contínua evolução e, consequentemente, uma melhoria da eficácia do projeto.

3.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde e deve permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, bem como as suas causas (Imperatori & Giraldes, 1993). Efetuar o diagnóstico de situação exige o conhecimento do problema e da necessidade da população (Tavares, 1990). No presente projeto, o diagnóstico de situação foi efetuado no período compreendido entre Maio e Junho de 2015.

3.1.1. Apresentação, análise e discussão dos dados

Após entrevista com informadores chave e aplicação do instrumento de recolha de dados, importa expor os dados obtidos.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado à amostra em estudo, que diz respeito a 67 (100%) estudantes do 8º ano de escolaridade, conforme referido.

Os dados obtidos mais significativos são analisados e expostos no decorrer do trabalho recorrendo à utilização de gráficos e os restantes resultados apresentados sob a forma de quadro e/ou gráfico em apêndice.

A exposição dos resultados inicia-se com os dados sociodemográficos.

Os dados apontam para uma amostra maioritariamente feminina (56,1%) e com 14 anos de idade (50%), conforme é possível observar seguidamente.

Gráfico 1 – Género dos estudantes

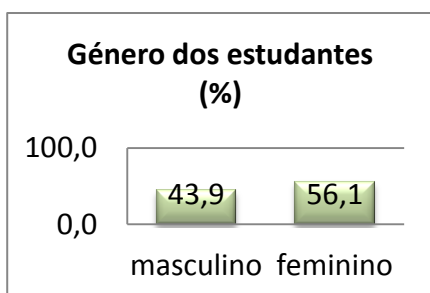
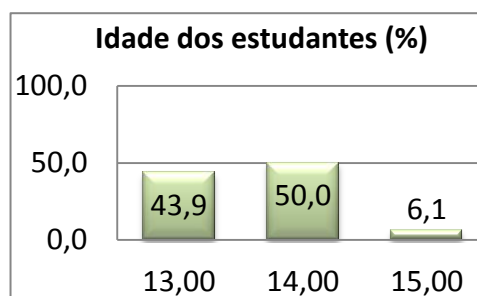


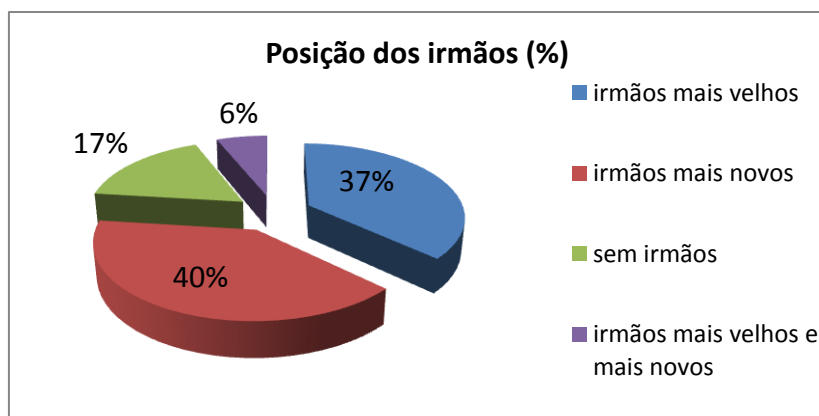
Gráfico 2 – Idade dos estudantes



Os estudantes manifestam ter um aproveitamento escolar, maioritariamente, situado no bom (47%) e no razoável (40,9%). No que concerne às pessoas com quem vive o adolescente, 73% dos adolescentes refere que vive com pai e mãe, seguindo-se 21% que vive apenas com a mãe. A média de idades do pai é de 44 anos (sendo a idade mínima referida 32 anos e a máxima 58 anos) e a média de idades da mãe é de 42 anos (a idade mínima é de 32 anos e a idade máxima é de 53 anos). No que se refere à escolaridade dos pais, os dados obtidos apontam para uma escolaridade, essencialmente entre 10 e 12 anos, tanto no pai como na mãe.

Dos 67 estudantes, 83,6% tem irmãos. Destes, em 40% das situações, os irmãos são mais novos, conforme se observa no seguinte gráfico.

Gráfico 3 – Posição dos irmãos



No que concerne ao número de elementos do agregado familiar do adolescente, verifica-se que, maioritariamente, o agregado familiar é composto por 4 elementos.

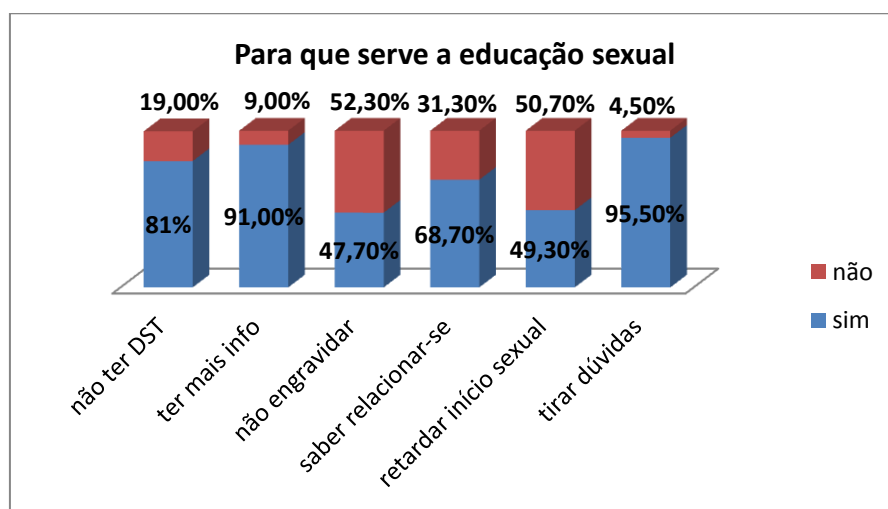
De salientar o estudo de Teixeira, Nelas, Aparício & Duarte (2013) que remete para o facto do papel da figura materna e dos irmãos estar diretamente relacionado com as atitudes e avaliação dos adolescentes face à sexualidade.

Os restantes dados sociodemográficos encontram-se em apêndice VI.

O QPAES integra questões de escolha múltipla e os resultados mais significativos são espelhados seguidamente e os restantes em apêndice VII.

À questão para que serve a educação sexual, os adolescentes referem essencialmente que serve para tirar dúvidas, seguindo-se ter mais informação e em terceiro lugar não ter IST's, conforme se verifica no seguinte gráfico.

Gráfico 4 –Respostas à questão 10: “a educação sexual serve para”



Os adolescentes referem sentir-se pouco à vontade para falar sobre sexualidade com os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e com os pais, mas pelo contrário referem sentir-se à vontade para falar com os amigos sobre esta temática. Estes resultados são similares em ambos os géneros.

Contudo, 71,6% dos adolescentes dizem sentir-se informados quanto à sexualidade e 9% dos adolescentes dizem sentir-se pouco informados quanto a assuntos relacionados com este tema. Quando questionados onde obtiveram mais informação, denota-se divergência entre as respostas dos rapazes e as respostas das raparigas. As raparigas referem que obtêm informação junto dos pais e seguidamente junto dos professores e apenas em terceiro lugar referem os amigos para obtenção da informação, enquanto que os rapazes referem,

essencialmente, que obtiveram informação junto do amigos e seguidamente junto dos pais e enfermeiros.

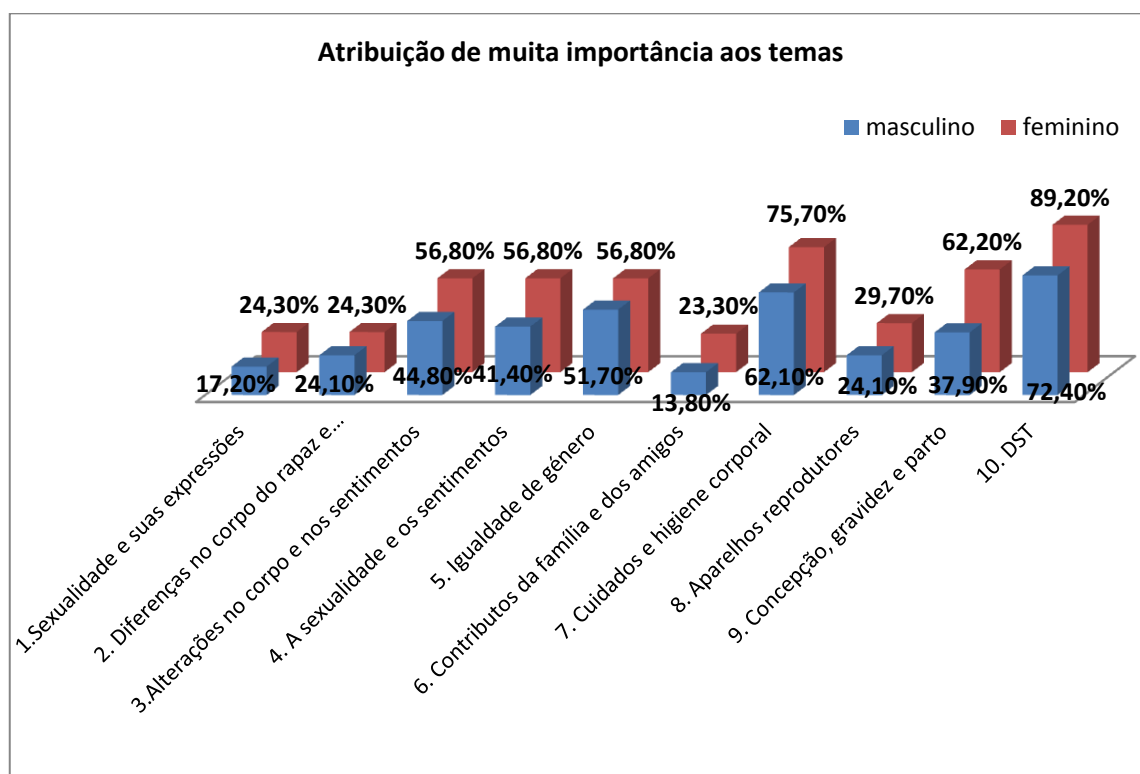
Também Sprinthall & Collins (2003) referem que a grande maioria dos adolescentes afirma que adquiriu a maior parte dos conhecimentos sobre sexo através dos colegas, pois os colegas são menos ameaçadores que os adultos. O problema nesta questão é que os próprios adolescentes, por estarem tão mal informados sobre esta temática, dificilmente poderão ensinar este assunto a colegas. A internet é também um meio privilegiado para obtenção de informação (Nelas, Silva, Ferreira, Duarte & Chaves, 2011)

Apesar dos adolescentes sentirem-se pouco à vontade para falar sobre sexualidade com os profissionais de saúde e com os pais, aproximadamente 33% refere que a pessoa mais indicada para abordar esta temática é a família, seguindo-se 26,7% dos adolescentes a referirem que, no seu entender, a pessoa mais adequada para abordar esta temática é o professor, médico, enfermeira e família juntos. No trabalho de Batanete, Lopes & Arranca (2012) os adolescentes apontam em primeiro lugar uma ação conjunta de professores, médico, enfermeira e família.

No que concerne ao grau de importância que os adolescentes atribuem à educação sexual, cerca de 92,5% dos estudantes considera que a educação sexual é importante ou muito importante.

Relativamente à especificidade de diferentes temáticas inerentes à sexualidade, os rapazes atribuem muita importância, essencialmente, às IST's, aos cuidados e higiene corporal e à igualdade entre géneros. Pelo contrário, as raparigas atribuem, particularmente, muita importância às IST's, aos cuidados e higiene corporal e à conceção, gravidez e parto. Resultados estes visíveis no gráfico que se segue.

Gráfico 5 – Respostas à questão 16: “atribuição de muita importância aos temas”



A maioria dos adolescentes (65%) refere ainda que a sexualidade deveria ser abordada numa disciplina específica, o que vai ao encontro do trabalho de Batanete, Lopes & Arranca (2012).

No que concerne aos dados obtido na ECPF, a média de resultados de cada item encontra-se espelhada no quadro em apêndice VIII. Os resultados expostos já foram cotados inversamente nos respetivos itens.

Após classificação dos resultados obtidos através dos percentis, estes apontam para 26,9% (18) dos estudantes com conhecimentos insuficientes, 49,3% (33) dos estudantes com conhecimentos moderados e 23,9% (19) dos estudantes com conhecimentos bons.

A média total de conhecimentos é de 3,7463. Tal como no trabalho de validação desta escala (Nelas et al, 2010), os índices médios estão bem centrados já que, na sua maioria, se situam acima do valor médio (com exceção do item 4 e 10). Nos rapazes a média de conhecimentos é de 3,6285 e nas raparigas é de 3,8673 verificando-se, desta forma que os rapazes têm

uma média de conhecimentos mais baixa que as raparigas. Esta diferença nos resultados é também apontada por Nelas et al (2010).

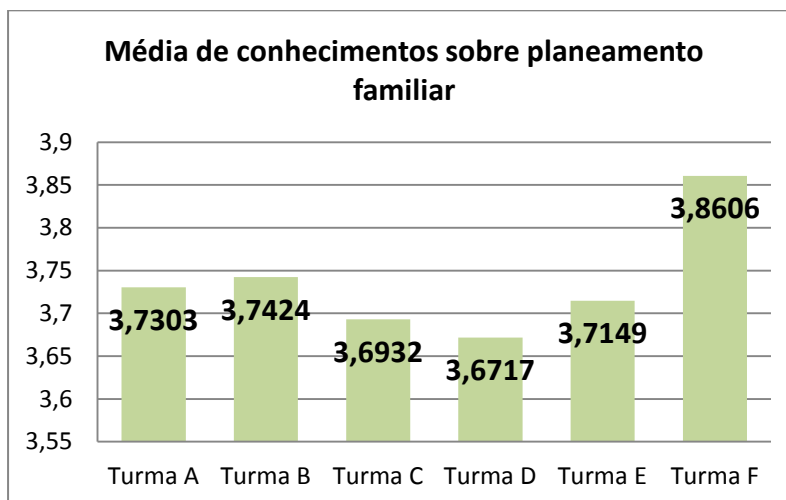
As questões 4 (a pílula é um método contraceutivo de barreira), 5 (o dispositivo intrauterino é recomendado a adolescentes) e 10 (o método gráfico de temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado a adolescentes) são as que têm uma média de conhecimentos mais baixa, o que remete para características de alguns métodos contraceutivos, e que vai ao encontro de Vilar & Ferreira (2010). Pelo contrário, as questões 7 (há cuidados especiais na colocação do preservativo), 9 (o preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração) e 16 (deve verificar-se a validade do preservativo) são as que evidenciam uma média de conhecimentos mais elevada, questões estas que remetem para características do preservativo.

Observam-se, contudo, diferenças nos itens que têm médias de conhecimentos mais altas, entre os rapazes e as raparigas.

Também no trabalho de Sprinthall & Collins (2003) e de Nelas et al (2011) é referido que a maior parte dos adolescentes de todas as faixas etárias sabe que é possível a contraceção, contudo, o conhecimento que possuiu sobre os métodos existentes é limitado e um grande número de adolescentes demonstra mesmo atitudes negativas ou informações pouco claras relativamente à contraceção.

Quando comparadas as turmas, verifica-se que a média de conhecimentos é mais alta na turma F e mais baixa na turma D, conforme se observa seguidamente.

Gráfico 6 – Média de conhecimentos sobre planeamento familiar de cada turma



Estes resultados, a par com os dados e estudos nacionais e internacionais podem ser analisados sob o ponto de vista conceptual e estrutural do MPS de Pender, Murdaugh & Parsons (2011). Assim, os resultados obtidos foram enquadrados conceptualmente no MPS, o que facilita não só a sua compreensão e análise como também orienta para linhas de intervenção futuras. Este enquadramento conceptual dos dados obtidos é possível observar no diagrama em apêndice IX.

3.1.2. Diagnósticos de enfermagem

Os resultados obtidos através da aplicação do questionário e os dados referenciados pelos informadores chave permitem identificar e sistematizar problemas no que concerne à vivência da sexualidade saudável de adolescentes da EB 2,3 AG que se agrupam, essencialmente, nos comportamentos específicos do indivíduo, patente no Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). São estes comportamentos específicos que têm uma maior significância motivacional, sendo que as variáveis inerentes constituem o centro da intervenção de enfermagem, pois são os que apresentam maior possibilidade de mudança (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Assim, é nestas variáveis que se centram os problemas de enfermagem identificados e a consequente intervenção do presente projeto

Os problemas identificados são basilares na definição dos diagnósticos de enfermagem, sob os quais se erguerão as atividades a desenvolver e a sua avaliação.

Seguem-se os problemas identificados e, conseqüentemente, os diagnósticos de enfermagem que foram construídos e definidos recorrendo à taxonomia da CIPE versão 2 (International Council of Nurses, 2011).

- Diagnóstico 1 - Autoeficácia face à sexualidade comprometida, relacionado com:
 - 44,8% dos estudantes refere sentir-se pouco à vontade para falar sobre sexualidade com os profissionais de saúde (enfermeiros e/ou médicos);
 - 35,8% dos estudantes refere sentir-se pouco à vontade para falar sobre sexualidade com os pais;
 - 16,4% dos estudantes refere que obteve mais informação sobre sexualidade junto dos amigos;
 - 9% dos estudantes refere sentir-se pouco informado relativamente a assuntos relacionados com sexualidade;

O conceito de autoeficácia é analisado por Bandura (2006), citado por Santos (2011) como a crença que o indivíduo tem nas suas capacidades para organizar e executar trajetos necessários para desempenhar determinada ação, o que influencia diretamente os comportamentos dos indivíduos face às adversidades (Pereira & Almeida, 2004 citado por Santos, 2011). No entender de Santos (2011), a autoeficácia é um fator de satisfação com o relacionamento sexual e na proteção da saúde sexual. Assim, a procura de informação adequada e a inexistência de constrangimento para abordar assuntos relacionados com a sexualidade podem ser entendidos como fatores potenciadores da autoeficácia.

- Diagnóstico 2 - Crença relativa à educação sexual comprometida, relacionado com:
 - 7,5% dos estudantes referem que a educação sexual é pouco ou nada importante.

Diretamente associada à autoeficácia encontra-se a crença que os estudantes demonstram relativamente à educação sexual que pode ser

revelador da percepção que têm da sexualidade e respetivas fontes de informação.

- Diagnóstico 3 - Défice de conhecimentos sobre planeamento familiar, relacionado com:
 - 26,8% dos estudantes tem conhecimentos insuficientes na Escala de Conhecimentos sobre Planeamento Familiar

A responsabilidade individual na tomada de decisão para a procura e melhoria da saúde individual e coletiva tem a sua génese na promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integra a produção e partilha de informação e conhecimento (DGS, 2013a). Pelo exposto é perceptível a importância que a aquisição de conhecimentos tem na promoção de saúde.

A definição dos diagnósticos de enfermagem alicerçada nos problemas identificados permite centralizar e direccionar a intervenção a realizar na problemática daquele grupo de indivíduos.

Contudo, perante o curto tempo de estágio e de forma a realizar uma intervenção direccionada, contínua e aprofundada sobre a temática em questão, decidiu-se, em conjunto com a Sra. Enf^a A, Sra. Enf^a B e Sra. Prof^a C que a intervenção fosse centralizada apenas numa turma. Para Nunes (2007) os projetos de carácter pontual e as atividades isoladas desenvolvidas por técnicos de saúde, que desconhecem os estudantes envolvidos e que abordam questões meramente biológicas e patológicas não têm efeitos pedagógicos eficazes.

Neste âmbito, observando os resultados relativos aos conhecimentos sobre planeamento familiar de cada turma, e após discussão junto da equipa multidisciplinar da saúde escolar (Sra. Enf^a B e Sra. Prof^a C), mas também juntamente com a Professora de Ciências da Natureza de todas as turmas (que detém um conhecimento aprofundado de cada turma) decidiu-se que a intervenção de enfermagem deste projeto seria junto da turma C do 9º ano de escolaridade (ano letivo 2015/2016) que corresponde a 19 estudantes.

3.2. Determinação de prioridades

Após a realização do diagnóstico de situação e definição dos diagnósticos de enfermagem, procede-se a uma hierarquização os problemas e, consequentemente determinação de prioridades. Nesta etapa do planeamento em saúde, são selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993). A definição dos critérios e sua ponderação são cruciais nesta etapa, pois, é a partir destes que se obterá, no final, a lista ordenada de problemas (Tavares, 1990). Imperatori & Giraldes (1993) referem que a definição de prioridades não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção pelo risco de dispersão de esforços ou de os assuntos não parecerem devidamente hierarquizados.

Apesar de terem surgido apenas três diagnósticos de enfermagem, decidiu-se proceder, na mesma, a uma hierarquização destes problemas, procurando uma ordenação dos mesmos.

Para tal, recorreu-se ao Método de Hanlon (Tavares 1990), para hierarquizar os diagnósticos de enfermagem identificados.

Este método utiliza quatro critérios para a realização da priorização (Tavares, 1990): Amplitude ou magnitude do problema (A); Gravidade do problema (B); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C); Exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) \times C \times D$. A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada.

Assim, a determinação dos critérios e do respetivo peso atribuído foram baseados num consenso entre peritos: Sra. Enf^a A e Sra. Enf^a B (apêndice X).

Seguem-se os três diagnósticos de enfermagem devidamente hierarquizados que, sendo distintos, estão claramente interrelacionados.

- Défice de conhecimentos sobre planeamento familiar;
- Autoeficácia face à sexualidade comprometida;
- Crença relativa à educação sexual comprometida.

Perante o exposto, todos os diagnósticos de enfermagem supramencionados serão alvo de intervenção no decorrer deste projeto.

3.3. Fixação de objetivos

Tendo sido realizado o diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). Nesta etapa devem ainda ser definidos os indicadores dos problemas de saúde prioritários e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto, urge a definição do objetivo geral deste projeto, após a identificação e enquadramento da problemática em questão. Assim, define-se como objetivo geral: Promover o desenvolvimento da autoeficácia e o aumento dos conhecimentos face a uma sexualidade saudável nos adolescentes de uma turma do 9º ano de uma escola básica da área de intervenção da UCC O, através de um projeto de intervenção de enfermagem comunitária, de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016.

Seguidamente são apontados os diagnósticos de enfermagem prioritários e respetivos objetivos específicos e objetivos operacionais ou metas. Nesta fase são ainda definidos os indicadores que, tendo em conta Tavares (1990) podem ser indicadores de resultado ou impacto (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema) ou indicadores de atividade ou execução (medem a atividade desenvolvida pelos serviços). Imperatori & Giraldes (1993) acrescenta que a satisfação do doente pode estar integrada nos indicadores de resultado.

Nos quadros seguintes encontram-se espelhados os objetivos específicos, objetivos operacionais e respetivos indicadores de resultado.

Quadro 1– Fixação de objetivos específicos, operacionais e indicadores

Diagnóstico de enfermagem: Défice de conhecimentos sobre planeamento familiar		
Objetivo específico	Objetivo operacional ou	Indicador de resultado

	meta	ou de impacto
Aumentar os conhecimentos sobre planeamento familiar	Que pelo menos 80% dos estudantes demonstrem conhecimentos moderados ou bons na ECPF	% de estudantes que demonstra conhecimentos moderados ou bons na ECPF
Diagnóstico de enfermagem: Autoeficácia face à sexualidade comprometida		
Objetivo específico	Objetivo operacional ou meta	Indicador de resultado ou de impacto
Capacitar para a tomada de decisão face ao acesso à informação	Que pelo menos 50% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem capacidade para a tomada de decisão face ao acesso à informação	% de estudantes que demonstra respostas que evidenciem capacidade para a tomada de decisão face ao acesso à informação
Facilitar a auto percepção positiva face à sexualidade	Que pelo menos 95% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem auto percepção positiva face à sexualidade	% de estudantes que demonstra respostas que evidenciem auto percepção positiva face à sexualidade
Diagnóstico de enfermagem: Crença relativa à educação sexual comprometida		
Objetivo específico	Objetivo operacional ou meta	Indicador de resultado ou de impacto
Facilitar a reflexão acerca da importância da sexualidade, suas dimensões e diferentes expressões no quotidiano	Que pelo menos 95% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem a importância da sexualidade	% de estudantes que demonstra respostas que evidenciem a importância da sexualidade

A delineação dos objetivos operacionais ou metas prendeu-se com a sua exequibilidade perante o tempo de estágio disponível, mas também com o consenso de peritos (Sra. Enfª A e Sra. Enfª B).

Define-se ainda como indicador de resultado, a satisfação dos participantes expressa através da seguinte relação:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de estudantes que avaliam satisfatoriamente cada sessão}}{N^{\circ} \text{ de estudantes presentes em cada sessão}} \times 100$$

Para avaliar a satisfação da globalidade do programa, optou-se por utilizar a média dos resultados de satisfação obtidos em cada sessão individualmente.

Como indicador de atividade ou de execução é definido o número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas, conforme é demonstrado na seguinte relação:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões programadas}} \times 100$$

3.4. Seleção de estratégias

A etapa da seleção de estratégias é a etapa onde se define o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993) através da definição de formas de atuação (Tavares, 1990). Esta é uma fase que requer criatividade, mas também um conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar (Tavares, 1990).

Numa fase inicial de construção de estratégias, para além de uma revisão da literatura relativa à sexualidade na adolescência, procurou-se informação noutros recursos da comunidade, especificamente, de forma presencial, junto da Associação para o Planeamento da Família (APF) e em *sites* informáticos dirigidos aos adolescentes. Esta visita à APF e a informação obtida em *sites* específicos para os adolescentes permitiu enquadrar a revisão da literatura sob um ponto de vista prático, acessível e direcionado aos adolescentes, mas também identificar e conhecer outros recursos da comunidade passíveis de recorrer. Na APF foi ainda facultado material didático de apoio (ex: folhetos e

brochuras) possível de ser utilizado na concretização da intervenção. Também a OE (2010b) refere que o EEECSPP mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.

Seguidamente, e partindo da importância da realização de um projeto de intervenção comunitária integrado e articulado com as demais atividades da UCC, em conjunto com a Sra. Enf^a A e Sra. Enf^a B, planeou-se uma estreita articulação deste projeto e suas atividades inerentes com as atividades da UCC delineadas para esta escola no âmbito da sexualidade e afetos e dirigidas a toda a comunidade escolar: construção de um malmequer pelas diversas turmas relativo à temática “O que me faz sentir bem?”.

Procurando sedimentar as estratégias a adotar, foi também realizada uma reunião com os principais agentes que intervêm neste processo: Sra. Enf^a B, Sra. Prof.^a C e Sra. Prof.^a de Ciências da Natureza da turma alvo da intervenção, que assume concomitantemente a direção dessa turma. Esta primeira reunião permitiu um planeamento e organização, em conjunto, das atividades a realizar ao longo deste projeto, tendo sido decidida a sua integração no plano de atividades da escola. Esta decisão enquadra-se nas linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015a) que afirma que o projeto educativo das escolas deve consagrar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde e o seu plano de atividades deve definir os objetivos, a organização e as atividades conducentes à execução do projeto. Este documento acrescenta ainda que, em saúde escolar, o sector da educação é o principal parceiro para a promoção da saúde, numa abordagem que pretende ser holística e global. Da mesma forma, o GTES (2007) aponta que o trabalho a desenvolver em contexto de saúde escolar deve ser predominantemente intersectorial e interdisciplinar e em estreita articulação com as estruturas de saúde.

Laverack (2008) menciona que as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Estas relações interdependentes podem dar origem a um maior nível de empoderamento do grupo.

De forma a dar continuidade a esta relação interdisciplinar com o sector da educação, foi realizada a apresentação deste projeto em contexto de reunião do Conselho Pedagógico da escola, que integrou os resultados do diagnóstico de situação efetuado no ano letivo anterior, bem como as atividades que vinham a ser planeadas para a prossecução deste trabalho (apêndice XI). Esta apresentação permitiu um conhecimento e participação dos diferentes atores educativos no desenvolvimento do projeto, fomentando o envolvimento dos professores nas atividades.

A convergência de ideais e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é primordial, pois permite que haja uma linha comum orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos. O mesmo é apontado pela OE (2010b) ao mencionar que o EEECSPP deverá promover o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções e deve demonstrar habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial.

A par com o estabelecimento de parcerias interdisciplinares (saúde e educação) baseadas na comunicação eficaz e negociação, a prossecução deste trabalho com a finalidade de potenciar os comportamentos promotores de saúde e prevenção de comportamentos de risco, assentou na educação para a saúde (EpS).

A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (WHO, 2016). A EpS inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente e pressupõe uma forma de comunicação formada para melhorar a literacia em saúde e aborda não apenas a transmissão de informações, mas também a promoção, motivação, competências pessoais e autoestima (OE, 2011). Nesta linha de pensamento, Nunes (2007) acrescenta que educar para a saúde implica alterações positivas de comportamento e envolve a participação de profissionais de diferentes áreas, com o intuito de ajudar o indivíduo a crescer.

Educar as pessoas para a saúde, é criar condições para que as pessoas se possam transformar e saberem os motivos para tal (Carvalho & Carvalho,

2006). É um processo que deve ser holístico pois, ao pretender aumentar a saúde das pessoas, procura o desenvolvimento de processos internos que permitam às pessoas adotar comportamentos saudáveis, mas respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, que são influenciadas pelo contexto em que a pessoa se insere (Carcel, 2000, cit. por Carvalho & Carvalho, 2006).

Assim, a EpS também se encarrega da programação da agenda e de aumentar a consciência crítica relativamente aos programas de promoção de saúde (Laverack, 2008).

Contudo, para que estes programas sejam eficazes e haja mudança de comportamento tem que haver aprendizagem que resulta da interação da informação com todas as dimensões do indivíduo. Mas, para haver aprendizagem tem que existir comunicação e vice-versa, ambas inseridas num contexto, pois é a aprendizagem contextualizada que permite que a educação tenha um significado (Carvalho & Carvalho, 2006).

Tavares & Alarcão (1992) debruçaram-se sobre o estudo da psicologia do desenvolvimento e aprendizagem e definem este último conceito como “uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável” (p. 86). Acrescentam que a aprendizagem tem como finalidade ajudar a desenvolver capacidades que permitam ao estudante ser capaz de entrar numa relação pessoal com o meio em que vive (físico e humano).

Mais do que uma análise aprofundada de cada modelo e teoria de desenvolvimento e aprendizagem é necessário apreender a sua aplicabilidade na estruturação da prática ao nível da educação (Tavares & Alarcão, 1992).

É diante da complexidade da temática da educação para a saúde, mas com uma compreensão da sua amplitude que o enfermeiro poderá desenvolver ações emancipatórias de promoção de saúde alicerçadas num conhecimento instrumental e comunicacional (Salci, et al, 2013). Para tal, é necessário um desenvolvimento pessoal, sensibilidade para questões humanas, uma atitude positiva face à mudança, sentido de visão estratégica e elevado conhecimento das grandes questões sociais e políticas (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

O enfermeiro desempenha, um papel vital na promoção de saúde e prevenção da doença, pelas suas competências biopsicossociais e pelo contacto continuado com as pessoas (Pender, Murgough & Parsons (2011).

No contexto da educação para a saúde, a educação sexual, constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (Ramiro et al, 2011).

As metodologias a utilizar na EpS face à sexualidade, devem promover as competências pessoais e sociais, condutas verbais e não-verbais que permitam aos alunos estabelecer relações interpessoais, conseguir o que pretendem e evitar o que não desejam, sem provocar danos aos outros. Em EpS, especificamente em educação sexual, é necessário decidir por si, dizer não, o que envolve a promoção das competências sociais (Nunes, 2007).

A EpS implica também o desenvolvimento de competências individuais por parte dos alunos, melhorando a sua auto compreensão e autoestima e desenvolvendo respeito por si e pelos outros e a mobilização de conhecimentos adquiridos no sentido de os integrar no seu património cultural (Nunes, 2007).

A par com o desenvolvimento de atividades promotoras de uma sexualidade saudável na adolescência, este projeto deve permitir também o desenvolvimento de competências de EEECS. Neste contexto, outra estratégia definida foi a realização de diários de campo relativos a cada atividade realizada, possibilitando uma análise reflexiva, conduzindo a uma estruturação do pensamento e a uma reflexão acerca de aspetos positivos, negativos, competências desenvolvidas e implicações para atividades futuras. O facto de se escrever sobre a prática leva a aprendizagens através da narração, pois não só se constrói linguisticamente a experiência, como também se reconstrói o discurso prático e atividade profissional (Zabalza, 1994).

Assim, esta estratégia desenvolvida ao longo do estágio possibilita um desenvolvimento profissional, na medida em que age como catalisador para melhoria da prática e da intervenção de enfermagem, especificamente, ao nível da intervenção especializada.

3.5. Preparação operacional – programação

Esta etapa do planeamento em saúde deve iniciar-se com a especificação das atividades constituintes deste projeto, que devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos (Tavares, 1990). A especificação detalhada das atividades a realizar nesta fase de planeamento consiste em definir mais especificamente os resultados a obter com o projeto, a preparar uma lista das atividades do projeto e especificar como cada uma delas deve ser executada, determinar as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

As atividades a desenvolver na prossecução deste projeto, procuraram dar resposta aos objetivos previamente delineados e assentes no diagnóstico de situação. Para possibilitar uma compreensão da relação temporal com as atividades a desenvolver foi realizado um cronograma de Gantt (apêndice XII) que como Tavares (1990) refere é uma programação que correlaciona duas variáveis, o tempo e as atividades.

Previamente ao início das atividades foi enviado um documento, através da DT, para os pais/EE's dos estudantes do 9ºC, com a informação dos objetivos gerais da intervenção e atividades genéricas a realizar (apêndice XIII), procurando que os pais/EE's acompanhassem o desenvolvimento deste processo. Para a Nunes (2007) a escola e a família não devem caminhar com rumos distintos, mas antes estabelecer pontes de afetos, de informação, de valores morais que permitam a cada família ter um papel ativo e determinante no projeto educativo dos seus membros.

Partindo do diagnóstico de situação, do enquadramento teórico e legal da educação sexual em Portugal, e da premissa que educar implica afetividade e interfere com valores em qualquer quadro ético (Nunes, 2007) foram projetadas 4 sessões de EpS para o 9ºC com um encadeamento próprio. Planeou-se também uma atividade global para todos os estudantes da escola (que integrou duas sessões de EpS inter pares), dinamizada pelo 9ºC, como forma de

apresentação do projeto e sensibilização para a temática e em articulação com as atividades da UCC.

Seguidamente encontram-se descritas e analisadas as sessões efetuadas.

Sessão de EpS 1- Afinal o que é a sexualidade?

Esta sessão teve como objetivo facilitar a reflexão acerca da importância da sexualidade, suas dimensões e diferentes expressões no quotidiano.

Esta atividade, que foi o primeiro contacto com a turma, iniciou-se com uma apresentação mútua através de uma dinâmica de grupo: cada estudante apresenta o seu colega de secretária com o nome, idade e uma característica positiva. Ao mesmo tempo que esta dinâmica possibilita a apresentação mútua, potencia a diminuição de uma inibição inicial. Esta estratégia denomina-se de quebra-gelo, promove a diminuição de barreiras e suscita a participação de diversos elementos do grupo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014).

Seguiu-se a realização de um trabalho de grupo, relativamente às diferentes dimensões da sexualidade e suas expressões no quotidiano. Analisar o conceito de sexualidade pode ser o ponto de partida no desenvolvimento de atividades relacionadas com a temática da sexualidade, pois permite desfazer conceitos erróneos e compreender a sexualidade não apenas quanto a uma dimensão, mas numa visão global. Tal como aponta Nunes (2007) a sexualidade vista numa única perspetiva, torna-se redutora e geradora de conflitos, problemas e angústias e pode potenciar sentimento de medo e ignorância e, por consequência, culpa.

Também o GTES (2007) recomenda que no 3º ciclo seja abordado a sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa humana, no contexto de um projeto de vida que integra valores e uma dimensão ética.

Nesta (des)construção em grupo do conceito de sexualidade, procurou-se analisar as diferentes expressões no quotidiano, nomeadamente na comunicação social. Nunes (2007) refere que perante uma análise das mensagens veiculadas nos meios de comunicação social, percebe-se que a realidade não se enquadra nos padrões idealizados e isso pode criar perturbações, tensões e patologia. Importa que os adolescentes desenvolvam a sua capacidade crítica e autónoma e assim construir os seus próprios valores. A educação para o consumo, enquanto influência dos *media*, da

publicidade e de outros nos comportamentos individuais e coletivos, deve ser trabalhada transversalmente em todos os eixos estratégicos do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015a). A WHO Europe acrescenta que, dos 12 aos 15 anos, deve refletir-se sobre o ponto de vista individual (flexível) da sexualidade, numa sociedade ou grupo em mudança.

Nesta sessão foi ainda apresentada a “Caixa das Perguntas” onde os estudantes poderiam colocar, de forma confidencial, qualquer questão suscitada e esteve presente ao longo de todas as sessões.

Esta atividade terminou com uma súmula dos aspetos principais, que foram escritos em papel de cenário e onde todos os adolescentes escreveram o seu nome, em jeito de compromisso para com este projeto. Por fim, foi aplicado um questionário de conhecimentos e satisfação.

O plano da sessão, a apresentação efetuada e o questionário aplicado, encontra-se em apêndice XIV

Sessão de EpS 2- A minha individualidade!

A 2ª sessão de EpS teve como principal objetivo capacitar para a tomada de decisão face ao acesso à informação e facilitar auto percepção positiva face à sexualidade. Esta sessão iniciou-se com um resumo da sessão anterior e definição de objetivos.

Seguidamente, cada estudante recebeu uma folha, com o título “Carta a Mim” e com quatro perguntas: Quem sou?; Como me sinto?; O que faço para me respeitar a mim/ao meu corpo; O que faço para respeitar os outros?

Individualmente, cada estudante respondeu às questões. A privacidade e confidencialidade das respostas dos estudantes foram respeitadas.

Esta pequena reflexão permitiu aos estudantes potenciar o conhecimento individual, centrado na sua identidade, mas também na sua relação consigo e com o outro. Pensar na sua individualidade implica um processo de desenvolvimento pessoal e de construção identitária, que por sua vez, facilita a sua autoeficácia. Neste contexto, Nunes (2007) remete para a importância da valorização da autoestima, fortalecimento da identidade sexual e trabalho sobre assertividade.

Também Pender, Murdaugh & Parsons (2011) apontam que a promoção da autoeficácia é uma das intervenções centrais para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde.

Da mesma forma, esta sessão terminou com os aspetos centrais expostos em folha de papel de cenário. Por fim, foi aplicado um questionário de conhecimentos e satisfação.

O plano da sessão, a apresentação efetuada e o questionário aplicado, encontra-se em apêndice XV

Sessão de EpS 3- A contraceção é a melhor prevenção!

A 3ª sessão de EpS teve como objetivo aumentar os conhecimentos sobre planeamento familiar. Esta sessão iniciou-se, tal como a sessão de EpS 2, com um resumo da sessão anterior e definição de objetivos.

No momento seguinte, foram criados dois grupos de estudantes e a partir de uma pequena história sobre uma relação na adolescência, gerou-se um debate relativo à decisão “O Próximo Passo” em que um dos grupos preparou argumentos contra e o outro grupo preparou argumentos a favor, independentemente da opinião pessoal de cada estudante. Este debate teve como finalidade uma análise das diferentes possibilidades de caminho a tomar, os motivos e consequências. Esta reflexão possibilita aos estudantes que a sua tomada de decisão seja responsável e consciente. Também Nunes (2007) refere que o horizonte dos jovens não pode ser uma estrada, mas um conjunto de caminhos possíveis, seja a escolha consciente e livre, fundamental no seu processo de crescimento enquanto ser humano. O GTES (2007) acrescenta que o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras é um dos objetivos da educação sexual. Indiretamente, o desenvolvimento da autoeficácia foi transversal ao longo do debate.

A utilização do debate como uma das didáticas desta EpS permitiu uma maior informalidade na sessão e uma discussão mais aberta, livre e espontânea, pois tal como Nunes (2007) reitera os alunos gostam de se mover, de trabalhar em grupo, de conversar e expor os seus pontos de vista.

Sucedeu-se a visualização de um pequeno filme da APF acerca dos métodos contraceptivos ao qual se seguiu uma discussão e demonstração dos diferentes métodos contraceptivos e suas características. Também o GTES

(2007) refere que um dos conteúdos a abordar no 3º ciclo é a compreensão da prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos, os mecanismos de ação e tolerância. A WHO Europe (2010) recomenda que entre os 12 e 15 anos seja facultada informação sobre contraceção, contraceção ineficaz e suas causas, e factos e mitos relativos à contraceção.

Tal como a anterior, esta sessão terminou com os aspetos centrais expostos em folha de papel de cenário. Por fim, foi aplicado um questionário de conhecimentos e satisfação.

O plano da sessão, a apresentação efetuada e o questionário aplicado, encontra-se em apêndice XVI

Sessão de EpS 4- Vamos esclarecer dúvidas!

O objetivo desta sessão foi capacitar para a tomada de decisão informada. Mais uma vez, o esclarecimento de dúvidas potencia a autoeficácia, mas também as crenças dos estudantes. Da mesma forma, iniciou-se com um resumo da sessão anterior.

Esta sessão possibilitou um esclarecimento das questões que tinham vindo a ser colocadas na “Caixa das Perguntas”, mas também um esclarecimento de qualquer outra questão, facilitando uma consolidação e apreensão de conhecimentos. As questões abordadas centraram-se no início da atividade sexual, no desejo sexual, nas alterações associadas à puberdade e na vacinação contra o Human Papillomavirus (HPV).

O plano da sessão e a apresentação efetuada encontra-se em apêndice XVII.

Sessões de educação interpares – Pensar saúde... Pensar afetos...

Procurando uma sensibilização da comunidade escolar para a temática e uma articulação do presente projeto com as atividades da UCC O acerca dos afetos e sexualidade planeada para a EB 2,3 AG, decidiu-se, em conjunto com a Sra. Enfª B e Sra. Prof. C, que a dinamização dessa atividade fosse efetuada pelo 9ºC. Assim, sob orientação e supervisão, um grupo de estudantes do 9ºC realizou uma pequena apresentação que expos numa reunião geral de delegados e subdelegados de turma de todas as turmas da escola em Dezembro de 2015. Esta apresentação procurou abordar a importância dos afetos, da relação consigo próprio e com os outros e do respeito mútuo e

incentivou a que cada delegado e subdelegado de turma, junto da sua turma e com a colaboração e orientação do respetivo DT, construísse uma pétala inerente à temática “O que me faz sentir bem”.

No período letivo seguinte (Fevereiro de 2016), foi novamente dinamizada uma reunião por um grupo de alunos do 9ºC, com os delegados e subdelegados de turma da escola, onde foi construído um malmequer com as pétalas de cada turma. Cada estudante partilhou o percurso que efetuou com a turma para a realização da pétala. Foram resumidas as principais ideias e relacionadas com a afetividade saudável. Nesta sessão procurou-se ainda abordar, de forma muita sintética, outros comportamentos promotores de saúde, que também são emanados como linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015). De forma a sistematizar esta informação foi realizado e entregue um folheto aos estudantes (apêndice XVIII).

O resumo deste encontro foi, posteriormente, divulgado a toda a comunidade educativa.

Rocha & Pereira (2012) consideram a educação interpares como um método de promoção e de intervenção em saúde em que o grupo de pares é o grupo alvo da intervenção e o agente da mudança é individualmente cada um desses mesmos pares. Nos jovens, este tipo de educação tem como objetivos reforçar as atitudes e os comportamentos positivos. Nunes (2007) menciona que a aprendizagem entre pares é eficaz, pois o grupo de amigos é, em primeira instância, aquele que mais determina a atitude e o comportamento dos jovens.

Apesar de esta didática ter sido aplicada apenas em dois momentos e, em jeito de continuidade, considero que trouxe vantagens mútuas não só para o grupo de delegados e subdelegados de turma, mas também para o grupo de alunos do 9ºC, pois, mais uma vez foi trabalhada a sua autoeficácia no âmbito da sexualidade, assente num ambiente de respeito mútuo, comunicação assertiva e responsabilidade. A apresentação efetuada em ambas as sessões de educação interpares encontra-se em apêndice XIX.

A família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade (GTES, 2007; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Da mesma forma, Pender, Murdaugh & Parsons (2011) referem que abordagens para desenvolver comportamentos

promotores de saúde de crianças e adolescentes devem centrar-se tanto na família como no grupo de pares, o que sugere, conseqüentemente, uma necessidade de intervenção estruturada e direcionada aos pais/EE's. No decorrer deste estágio, por motivos temporais, não houve oportunidade para tal, contudo foi elaborado e entregue um folheto dirigido aos pais/EE's dos estudantes, que aborda conceitos gerais de adolescência e sexualidade e explana algumas sugestões quanto à comunicação com os filhos adolescentes relativamente a esta temática (apêndice XX).

Como forma de conclusão da intervenção deste projeto e sinalizando o Dia do preservativo e o Dia dos Namorados, foi elaborado um coração em *origami* que age como marcador de livros e que detinha uma mensagem alusiva ao tema e entregue aos estudantes do 9ºC.

Em jeito de observação das atividades realizadas em apêndice XXI encontram-se algumas fotografias obtidas ao longo deste processo.

3.5.1. Outras atividades relevantes

Em contexto de estágio, para além da programação e execução das atividades previamente descritas e dirigidas ao 9ºC e que contribuem para a prossecução deste projeto de intervenção comunitária, foram desenvolvidas outras atividades relevantes inerentes à intervenção da UCC O e que em muito, potenciam o desenvolvimento de competências do EEECS e por esse motivo são salientadas neste trabalho.

Foi realizada uma sessão EpS a cada um das turmas do 9º ano (excetuando o 9ºC) que integrou os resultados do diagnóstico de situação efetuado no ano letivo anterior, o conceito de sexualidade e os diferentes métodos contraceptivos e suas características e cujo objetivo foi sensibilizar para a tomada de decisão responsável e informada no que concerne à sexualidade e contraceção (plano da sessão e apresentação em apêndice XXII). Esta sessão de EpS surgiu de uma necessidade identificada pela Professora de Ciências das diferentes turmas e enquadrou-se no âmbito das atividades desenvolvidas pela escola na Semana da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Esta sessão permitiu perceber a singularidade de cada turma enquanto grupo e,

consequentemente, a importância de uma moldagem e adequação da sessão a cada turma especificamente.

Outro dos projetos que está a ser desenvolvido na EB 2,3 AG diz respeito à promoção da alimentação saudável e exercício físico. Neste contexto, houve a possibilidade de participar de forma ativa neste projeto, nomeadamente através da avaliação de dados antropométricos dos estudantes e da realização de sessão de EpS referente à alimentação saudável e leitura de rótulos de alimentos a uma turma da escola.

Ainda no final do estágio houve oportunidade de participar numa sessão de EpS, a uma turma de percurso curricular alternativo, enquadrada num projeto de prevenção de comportamentos aditivos e dependências sem substâncias.

3.6. Avaliação e controlo

A função primordial da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo (Tavares, 1990) e a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores (Imperator & Giraldes, 1993).

Os resultados que remetem para a avaliação deste projeto de intervenção foram obtidos de duas formas.

Por um lado, foi aplicado, de novo, o instrumento de recolha de dados (aplicado na etapa do diagnóstico de situação) no final da intervenção, cujos resultados remetem para os indicadores de resultado ou impacto previamente definidos (conhecimentos, autoeficácia e crenças).

Por outro lado, foi aplicado um questionário de conhecimentos e satisfação no final de cada sessão de EpS (excetuando a sessão de EpS 4 e as sessões de EpS Interpares), cada um destes questionários contemplando três questões relativas a conhecimentos e três questões relativas a satisfação, que permitiu uma apreciação periódica do desenvolvimento da intervenção. Esta tomada de decisão reflete um consenso de peritos (Sra. Enf^a A e Sra. Enf^a B) pois, o instrumento de recolha de dados aplicado na fase do diagnóstico de situação não oferece uma avaliação de determinadas especificidades da intervenção efetuada ao nível da educação. Estes questionários permitem também proceder a uma avaliação contínua da intervenção, possibilitando alterações no

decorrer desta com vista a uma melhoria que, de acordo com Casado (2000) (cit. por Carvalho & Carvalho) coaduna-se com a avaliação formativa.

Relativamente à avaliação dos indicadores de resultado ou impacto deste projeto de intervenção, é possível observar os resultados no quadro seguinte, que espelham a aplicação, de novo, do instrumento de recolha de dados, no final da intervenção.

Quadro 2 – Avaliação dos indicadores do projeto

Diagnóstico de enfermagem	Objetivo operacional ou meta	Indicador de resultado ou de impacto
Déficé de conhecimentos sobre planeamento familiar	Que pelo menos 80% dos estudantes demonstrem conhecimentos moderados ou bons na ECPF	91,7% dos estudantes demonstra conhecimentos moderados ou bons na ECPF
Autoeficácia face à sexualidade comprometida	Que pelo menos 50% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem capacidade para a tomada de decisão face ao acesso à informação	50% dos estudantes demonstra respostas que evidenciam capacidade para a tomada de decisão face ao acesso à informação
	Que pelo menos 95% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem auto percepção positiva face à sexualidade	100% dos estudantes demonstra respostas que evidenciam auto percepção positiva face à sexualidade
Crença relativa à educação sexual comprometida	Que pelo menos 95% dos estudantes demonstrem respostas que evidenciem a importância da sexualidade	100% dos estudantes demonstra respostas que evidenciam a importância da sexualidade

Todos estes valores apontam para uma melhoria comparativamente com os dados obtidos no diagnóstico de situação. Também Nelas, et al (2011) no seu

trabalho reforça que programas de intervenção ao nível da educação sexual, traduzem-se numa melhoria nos resultados da ECPF. Da mesma forma que no diagnóstico de situação, nesta fase, as raparigas demonstram melhores conhecimentos sobre planeamento familiar que os rapazes.

Apesar de não ser objeto de avaliação deste projeto a importância que os estudantes atribuem às diferentes temáticas relacionadas com a sexualidade, é de referir mudança quanto à importância que atribuem aos diferentes temas após a intervenção, centralizando-se os resultados na atribuição do valor de importante ou muito importante em todas as temáticas. Os resultados obtidos nesta segunda aplicação do instrumento de recolha de dados encontram-se em apêndice XXIII.

Relativamente ao indicador de resultado obtido através da satisfação dos participantes no decorrer da intervenção, verifica-se que 78,5% dos estudantes avalia satisfatoriamente as sessões de EpS, contudo, o valor obtido em cada sessão individualmente varia, mas de forma positiva, conforme é possível observar em apêndice XXIV. Esta variação pode estar relacionada, não só com uma evolução positiva na relação estabelecida ao longo da intervenção entre educador e estudantes, mas também com os conteúdos abordados em cada sessão de EpS.

No que concerne à avaliação dos conhecimentos específicos de cada sessão, é possível referir que na sessão de EpS 1 a média de respostas corretas foi de 90%, na EpS 2 a média de respostas corretas foi de 81% e na EpS 3 a média de respostas corretas foi de 89% (apêndice XXIV).

Relativamente ao indicador de atividade ou execução- atividades realizadas - verifica-se que todas as atividades planeadas foram realizadas, pelo que o resultado deste indicador é de 100%.

Embora não tenha sido identificado como indicador de avaliação do presente trabalho, salienta-se ainda que, a assiduidade dos estudantes nas diferentes sessões, foi sempre acima dos 80% e os estudantes que não compareceram, tiveram a sua ausência justificada.

A avaliação de um projeto desta natureza, em meu entender, não deverá esgotar-se em indicadores quantitativos, mas a avaliação qualitativa das atividades pelos estudantes e a perceção do educador ao longo da

intervenção, pode ser um fator de análise e reflexão que contribui para a melhoria de projetos futuros.

Nesta perspectiva, destaca-se a motivação e participação demonstrada pelos estudantes ao longo deste percurso, a qual foi expressa indiretamente no papel de cenário em cada atividade, mas também manifestada pelo *feedback* da DT. Denotou-se também uma evolução na relação estabelecida durante as sessões entre educador e estudantes. Ressalta-se ainda a capacidade de um grupo de estudantes do 9ºC mobilizar toda a comunidade escolar para a realização de uma pétala de cada turma e construção de um malmequer.

Os dados suprarreferidos remetem para uma avaliação global da intervenção positiva, tanto ao nível de indicadores quantitativos como qualitativos, havendo contudo, lugar para aperfeiçoamentos em projetos futuros. Perante o exposto, é possível referir que os dados apontam no sentido da promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, no âmbito da sexualidade na adolescência. A avaliação de programas de educação sexual foi também um foco no trabalho de Pontes (2010) que conclui que os programas longos, estruturados com uma abordagem dinâmica, interativa e de desenvolvimento tendem a ser mais adequados para alcançar um impacto efetivo na estruturação da identidade sexual, comparativamente com programas padronizados de educação sexual.

4. CONCLUSÕES

Quase a terminar esta trajetória proposta, importa ainda analisar e refletir o percurso realizado, tecendo considerações sobre limitações e implicações para a prática, mas também pensar sobre as competências individuais que foram adquiridas no âmbito do EEECSF.

4.1. Considerações finais

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que integra grandes mudanças a vários níveis e o seu desenvolvimento é influenciado por fatores interpessoais e socioculturais. É nesta fase que uma parte dos jovens inicia a sua atividade sexual, contudo, a investigação evidencia comportamentos de risco associados. Assim, a educação sexual integrada no contexto da promoção de saúde é considerada uma das formas de prevenção associadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

A escola é um contexto privilegiado para a promoção da educação sexual, que deverá ser estruturada através do desenvolvimento de parcerias entre a saúde, a educação, os estudantes e a família.

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido tendo por base problemas identificados no âmbito da sexualidade na adolescência, procurando, acima de tudo potenciar ganhos em saúde. O seu desenvolvimento foi alicerçado na metodologia do planeamento em saúde que permitiu uma coerência e encadeamento nas tomadas de decisão para resultados efetivos e eficientes. A mobilização do Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011) no desenvolvimento do trabalho foi fundamental pois permitiu estruturar conceptualmente, no contexto da promoção de saúde, as necessidades identificadas e o caminho a percorrer.

Estas foram as pedras basais para uma evolução e avaliação positivas deste percurso que culminou com potenciais ganhos em saúde no âmbito da sexualidade na adolescência, com uma melhoria da qualidade dos cuidados e também com o desenvolvimento de competências pessoais e competências profissionais específicas do EEECSF.

4.2. Análise reflexiva das competências de EEECSF adquiridas

Este percurso desenvolvido foi marcado por uma constante análise e reflexão sobre a prática que, em meu entender é basilar na construção de competências inerentes ao EEECSF.

Esta construção implica também um conhecimento aprofundado neste campo de intervenção e um nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010a).

Analizando as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), é possível referir que a procura de uma prática de cuidados assente em procedimentos que visam a ética deontológica e profissional foi permanente nesta trajetória, tal como o respeito pelos direitos humanos e profissionais. O desenvolvimento deste projeto permitiu também uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados, pois possibilitou uma estruturação sistemática e fundamentada de um projeto no âmbito da sexualidade saudável na adolescência, previamente inexistente na EB 2,3 AG e passível de ser replicado. Acima de tudo, foi possível, através da realização deste trabalho, um desenvolvimento pessoal que foi sustentado no autoconhecimento, nomeadamente ao nível dos limites e potencialidade individuais e profissionais.

Particularmente, no que concerne às competências específicas do EEECSF, importa refletir sobre elas. A OE (2010b) orienta para a afirmação destas competências ao enunciar que o EEECSF

“assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (OE, 2010b, p. 1)

Partindo deste enquadramento, é possível afirmar que este trabalho possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na metodologia de planeamento em saúde, conforme aponta a OE (2010b). Os dados obtidos na avaliação do estado de saúde deste grupo foram estruturados conceptualmente no Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) que possibilitou uma organização e orientação para a prática de cuidados, tal como

aponta a OE (2010b), ao acrescentar que o EEECSPP “usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde” (p.4).

Começando por esta avaliação do estado de saúde do grupo (diagnóstico de situação), foram delineadas estratégias numa parceria intersectorial (educação e saúde) e implementadas diversas atividades, nomeadamente sessões de educação para a saúde, com vista à capacitação do grupo para a vivência de uma sexualidade saudável na adolescência, e assim potenciar ganhos em saúde, o que se coaduna com a OE (2010b). Para a concretização eficaz destas estratégias e atividades, foi fundamental a aquisição de competências educacionais, comunicacionais e sociais, especificamente a comunicação com grupos numa fase específica do ciclo de vida- adolescência, e a comunicação e negociação intersectorial, tal como preconiza a OE (2010b): “mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades” (p.4)

Este percurso procurou também dar resposta às orientações emanadas pela DGS (2013a) no Plano Nacional de Saúde, partilhando da mesma conceção: “promover comunidades saudáveis através de informação e literacia em saúde, plataformas de comunicação, redes de apoio e de cooperação e *empowerment* de doentes e cidadãos” (p.21). Este trabalho foi ainda, de forma mais específica, clarificado e orientado pelas diretrizes do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015a), do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013b) e do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, s.d). Também a OE (2010b) reafirma que o EEECSPP integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas pelo Plano Nacional de Saúde.

Este percurso efetuado teve como finalidade contribuir para a vivência saudável da sexualidade num grupo de adolescentes através da sua capacitação para a tomada de decisão responsável e informada e assim potenciar ganhos em saúde, o que se coaduna com o referido pelo OE (2010b) ao ser reafirmado que uma das competências específicas do EEECSPP é a promoção da capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

4.3. Limitações

Este percurso veio a desenvolver-se de forma equilibrada e fluída entre as exigências académicas e as necessidades inerentes ao contexto de estágio.

Salienta-se, no entanto, algumas limitações que carecem de análise, reflexão e justificação.

Em primeiro lugar, o espaço temporal para a concretização deste estágio agiu como influenciador do seu percurso, pois as atividades desenvolvidas tiveram sempre em conta o curto período de tempo. Esta questão impossibilitou a realização de sessões de EpS dirigidas aos pais/EE's, contudo, procurando, de alguma forma, contornar esta problemática foi realizado um folheto informativo dirigido aos pais.

Ainda associado ao fator tempo, é de referir que as sessões de EpS foram maioritariamente realizadas nas reuniões de assembleia de turma, em períodos letivos de 45 minutos, o que implicou uma dificuldade acrescida na gestão de tempo. Por outro lado, os poucos períodos letivos disponibilizados dificultaram o planeamento das atividades. Estes aspetos relacionaram-se com um compromisso assumido, inicialmente, com a DT, procurando não interferir com as sessões letivas das outras disciplinas.

Um outro aspeto a salientar foi o facto da Sra. Prof. C ter estado ausente por um período prolongado de tempo, o que dificultou o planeamento e a organização das atividades dirigidas a toda a comunidade escolar, contudo, esta dificuldade foi ultrapassada através da articulação com outro elemento da equipa do PES. Também se destaca como limitação o facto dos pedidos de autorização enviados aos pais/EE's não terem sido atendidos em tempo útil, o que implicou uma baixa adesão dos estudantes no preenchimento do questionário, na fase inicial e final.

Por fim, realça-se o facto do instrumento de recolha de dados utilizado na fase do diagnóstico de situação não evidenciar, de forma explícita, a necessária globalidade e abrangência da educação sexual na adolescência, o que implicou uma estruturação do processo de avaliação e controlo deste trabalho, com necessidade de recorrer a questionários de conhecimentos e satisfação em cada sessão de EpS.

4.4. Implicações para a prática

A consecução de um projeto de intervenção comunitária, deste cariz, traz inevitavelmente implicações a vários níveis.

O desenvolvimento e fortalecimento de parcerias entre equipas interdisciplinares e multisectoriais é, indubitavelmente, uma mais-valia para a continuidade de uma articulação plena entre as estruturas da saúde e da educação.

A identificação de outros grupos de estudantes, sob o olhar dos professores, que pudessem beneficiar com intervenção similar, foi também uma mais-valia pois, não só implica um reconhecimento do papel do enfermeiro comunitário na promoção da sexualidade saudável na adolescência, em contexto escolar, como também abriu portas para futuros projetos deste âmbito, nesta escola.

Nesta linha de pensamento, e após discussão com a Sra. Enf^a B, verifica-se uma disponibilidade plena e uma grande motivação para replicar este programa de educação sexual no futuro.

O desenvolvimento de competências específicas ao longo da prossecução deste projeto implica também uma melhoria da prática de cuidados, estruturada num modelo de promoção de saúde e assente na prática baseada na evidência, pois, o enfermeiro especialista baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento OE (2010b).

Este trabalho, através da sua componente investigativa é também uma mais-valia para o desenvolvimento da promoção de saúde, pois as boas estratégias de promoção e educação em saúde dependem da produção de conhecimento pertinente resultante de investigação científica, rigorosa e atual, como os projetos de investigação orientados para a ação (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Especificamente ao nível da saúde escolar, este trabalho permitiu uma estruturação de um programa de educação sexual passível de ser replicado.

Por fim, mas não menos importante, a realização deste projeto é uma mais-valia para os estudantes alvo da intervenção, permitindo-lhes o aumento de conhecimentos relativamente ao planeamento familiar e melhoria da autoeficácia, através da promoção da sexualidade saudável na adolescência sendo, conseqüentemente, expectáveis ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2008). *Unidade de Cuidados na Comunidade*. Acedido a 21 de Abril de 2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>
- Batanete, Lopes & Arranca (2012). Educação Sexual no 2º ciclo do ensino básico – do diagnóstico de situação à intervenção. *Comportamentos Infanto-Juvenis: realidades e perspectivas*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://old.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Centers for Disease Control and Prevention DC (2010). *Bringing High-Quality HIV and STD Prevention to Youth in Schools: CDC's Division of Adolescent and School Health*. Acedido a 13 de Julho de 2015. Disponível em http://www.cdc.gov/healthyyouth/about/pdf/hivstd_prevention.pdf.
- Direção Geral de Saúde (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>
- Direção Geral de Saúde (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Acedido a 27 de Fevereiro de 2015. Disponível em

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=1032b9b7-22ab-43bb-9a83-c1cb0b8ff522>

Direção Geral de Saúde (2015b). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – dados de 2014*. Acedido a 20 de Julho de 2015. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/relatorios-de-interruptao-da-gravidez-de-2014-e-2013.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015c). *Programa Nacional de Vacinação*. Acedido a 24 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>

Direção Geral de Saúde (s.d). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Acedido a 13 de Janeiro de 2015. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/home.aspx>

Ferreira, M. & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista Esc Enferm USP*. 45(3). 589-595

George, F. (2014). *Sobre Determinantes de Saúde*. Acedido a 26 de Fevereiro de 2016. Disponível em: www.dgs.pt

Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2007). *Relatório final*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/relatorio_final_qtes.pdf

Health Behaviour In School-Aged Children (2014). HBSC Network Publishes: Sexual initiation among adolescents in 17 European Countries. Acedido a 29 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.hbsc.org/news/index.aspx?ni=2139>

Hicks, C. (2005). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos- concepção de projectos de aplicação e análise*. 3ª ed. Loures: Lusociência
Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Obras Avulsas

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas demográficas 2010*. Acedido a 5 de Abril de 2015. Disponível em [file:///D:/Users/User/Downloads/ED_2010%20\(2\).pdf](file:///D:/Users/User/Downloads/ED_2010%20(2).pdf)

- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Indicadores demográficos*. Acedido a 14 de Julho de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008275&contexto=bd&selTab=tab2
- International Council of Nurses (2011). *CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jones, S. (2008). Provision of sex and relationships education for young people. *Nursing Standard*. 23 (14). 35-40
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto (2009). Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República* 1º série, Nº 151 (06-08-2009) 5097–5098
- Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, M.; Simões, C.; Camacho, I.; Reis, M.; & Equipa Aventura Social (2014). *Aventura Social & Saúde – A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2014*. Acedido a 4 de Abril de 2015. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1426262130_HBSC2014.pdf
- Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J. & Chaves, C. (2010). Construção e validação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar. *Sexualidade e educação sexual- políticas educativas, investigação e práticas*. 1º ed-ebook. Braga: Edições CIEEd.
- Nelas, P.; Silva, C.; Ferreira, M.; Duarte, J. & Chaves, C. (2011). Knowledge of Adolescents on Family Planning: the Impact of Training Intervention. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 29. 633 – 638
- Nunes, M. (2007). A importância dos afectos. *Theologica*. 2ª série. 42 (2). 267-294.

- Oliveira, A. (2008). *Preservativo, Sida e Saúde Pública: factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer nº 109/2009: Educação sexual nas escolas*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 16 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Acedido a 15 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Acedido a 14 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Pender, N.; Murdaugh, c. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª ed. Boston: Pearson.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pontes, A. (2010). Sexuality: let's talk about it? Process evaluation of a dynamic/interactive psychosexual education program. *Sexologies*. 19. S109–S122.
- Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M.; Diniz, J. & Simões C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 29(1) 11-21.

- Rocha, B. & Pereira, M. (2012). Educação sexual interpares em adolescentes. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*. 2. 24-33.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde-formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Salci, M. et al (2013). Educação em Saúde e suas Perspectivas Teóricas: algumas reflexões. *Texto & Contexto Enfermagem*. 22(1). 224-30.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém Morre Sozinho*. 14^a ed. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, T. (2011). *Promoção da sexualidade saudável: relação entre satisfação sexual, assertividade e auto-eficácia em jovens adultos universitários*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Silva, H; Ferreira, S.; Águeda, S.; Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, P. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43(1) 8-15
- Sprinthall, N. & Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. 3^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2^a ed. Loures: Lusociência.
- Tavares, J.& Alarcão I. (1992). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, D.; Nelas, P.; Aparício, G.; & Duarte, J. (2013). Contributo dos Interlocutores nas Atitudes dos Alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico face à Sexualidade. *Millenium*, 44 (janeiro/junho). 127-140.
- Tinoco, R.; Cláudio, D. & Sousa, N. (2014). *PASSE.psi – Dinâmicas de grupo: boas práticas*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Victor, J.; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 18(3). 235-240
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2010). A educação sexual dos jovens portugueses – conhecimentos, fontes e impacto. *Sexualidade e educação sexual- políticas educativas, investigação e práticas*. 1º ed-ebook. Braga: Edições CIEd

- WHO Regional Office for Europe and BZgA (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe*. Acedido a 31 de Março de 2015. Disponível em file:///D:/Users/User/Downloads/WHO_BZgA_Standards_english.pdf
- World Health Organization (2006). *Sexual and reproductive health*. Acedido a 8 de Julho de 2015. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- World Health Organization (2013). *The 8th Conference on Health Promotion*. Acedido a 26 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/background/en/>
- World Health Organization (2015). *Adolescent pregnancy*. Acedido a 13 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/
- World Health Organization (2016). *Health education*. Acedido a 14 de Fevereiro de 2016. Disponível em http://www.who.int/topics/health_education/en/
- World Health Organization (s.d). *Adolescent development*. Acedido a 8 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
- Zabalza, M. (1994). *Diários de aula – contributos para o estudo dos dilemas práticos dos professores*. Porto: Porto Editora.

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO ACERCA DA EDUCAÇÃO SEXUAL

Este questionário insere-se num projeto de intervenção comunitária no âmbito da sexualidade saudável em adolescentes do 3º ciclo. A tua colaboração é essencial.

Solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à tua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos pelo que pedimos que não assines.

Obrigada pela colaboração.

Inês Pereira

Parte I

Dados sociodemográficos

1. Qual a tua idade?
 - a. _____Anos

2. Qual o teu género?
 - a. Masculino ☐
 - b. Feminino ☐

3. O teu aproveitamento escolar é, em média:
 - a. Insuficiente (2) ☐
 - b. Razoável (3) ☐
 - c. Bom (4) ☐
 - d. Muito bom (5) ☐

4. Vives com:
 - a. Pai e mãe ☐
 - b. Pai ☐
 - c. Mãe ☐
 - d. Outro ☐ Qual _____

5. Qual a idade dos teus pais?
 - a. Pai _____ Anos
 - b. Mãe _____ Anos

6. Qual a escolaridade dos teus pais?
 - a. Pai _____
 - b. Mãe _____

7. Tens irmãos?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

8. Se tens irmãos, qual a idade dos teus irmãos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

9. Qual o número de elementos do agregado familiar?

- a. _____

Parte II

Perceção dos alunos acerca da educação sexual

Coloca uma cruz X, no espaço que melhor considere a tua opinião em relação a cada uma das afirmações. Não existem respostas certas ou erradas.

10 - Na tua opinião a Educação Sexual serve para te ajudar a:

(responde a todas as questões com Sim ou Não)

	Sim	Não
Não ter Doenças Sexualmente Transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter mais informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não engravidar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saberes relacionar-te com outra pessoa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retardar o início das relações sexuais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirar dúvidas que tens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 - Como te sentes a falar de sexualidade com:

	À vontade	Pouco à vontade	Não falo com eles sobre isso
Os teus amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os teus irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os teus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os teus professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 – Relativamente à informação que possuis sobre assuntos/temas relacionados com a sexualidade, sentes-te: (assinala apenas uma opção)

Muito informado.....	<input type="checkbox"/>
Informado	<input type="checkbox"/>
Pouco informado	<input type="checkbox"/>
Nada informado.....	<input type="checkbox"/>

13 – Onde obtiveste mais informação sobre sexualidade? (Escolhe apenas uma opção)

Pais	<input type="checkbox"/>	Televisão/rádio	<input type="checkbox"/>
Irmãos	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Médicos	<input type="checkbox"/>
Professores	<input type="checkbox"/>	Enfermeiros	<input type="checkbox"/>
Livros e revistas	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

Quais: _____

14 - Quem é que achas mais adequado para abordar a Educação Sexual?

(assinala com um X apenas uma das opções)

Professor	<input type="checkbox"/>
Enfermeira	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>
Família	<input type="checkbox"/>
Professor, Médico, enfermeira e família juntos	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>
Quem? _____	

15 – Qual a importância que atribuis à abordagem da Educação Sexual nas escolas? (assinala apenas uma opção)

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

16- Assinala com um X o grau de importância que atribuis a cada tema de Educação sexual

TEMAS	Pouco importante	Importante	Muito importante
Importância da sexualidade e as suas diferentes expressões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diferenças entre o corpo da rapariga e do rapaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações no corpo e nos sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sexualidade e os nossos sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igualdade entre rapazes e raparigas, respeitando as diferenças de cada um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contributos da família e dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pouco importante	Importante	Muito importante
Cuidados e higiene corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelhos reprodutores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concepção, gravidez e parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 – Achas que a Educação Sexual deveria ser abordada nas escolas:

(assinala com um X apenas uma opção)

Numa disciplina específica	<input type="checkbox"/>	Em formação cívica	<input type="checkbox"/>
Em todas as disciplinas	<input type="checkbox"/>	Em estudo acompanhado	<input type="checkbox"/>
Na área projeto	<input type="checkbox"/>	Num gabinete de atendimento ao aluno	<input type="checkbox"/>
Em algumas disciplinas	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Quais _____		Qual _____	

Parte III

Indicam-se abaixo algumas afirmações relativas a conhecimentos sobre planeamento familiar. Responde de acordo com a tua opinião, assinalando com uma cruz no espaço correspondente. Não deixes nenhuma resposta em branco, pois a tua opinião é muito importante.

ESCALA

CT – Concordo totalmente

CM – Concordo muito

NCND – Não concordo nem discordo

DM – Discordo muito

DT – Discordo totalmente

Afirmações	CT	CM	NCMD	DM	DT
1.O planeamento familiar evita gestações indesejáveis					
2.O planeamento familiar evita a menstruação					
3.Os métodos contraceptivos evitam as menstruações					
4. A pílula é um método contraceptivo de barreira					
5. O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes					
6.É muito difícil engravidar na primeira relação sexual					
7.Há cuidados especiais na colocação do preservativo					
8.A pílula evita uma gravidez não desejada					
9.O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração					
10.O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes					
11.O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual					
12.O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro					
13.A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescente					
14.A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias					
15.Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde					
16.Deve-se verificar a validade do preservativo					
17.As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo					
18.O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida					
19.Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos					
20.O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria					
21.Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar					
22.Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira(o)					

Obrigada pela tua colaboração.

Apêndice II – Autorização dos autores para aplicação dos instrumentos



Ermelinda Caldeira [Adicionar aos contactos](#) 09-04-2015

Para: 'Inês'

De: **Ermelinda Caldeira** (ecaldeira@uevora.pt)

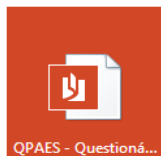
Enviada: quinta-feira, 9 de Abril de 2015 10:35:12

Para: 'Inês' (ines_catarina_3@hotmail.com)



1 anexo (203,8 KB)

[Vista Ativa do Outlook.com](#)



[Transferir como zip](#) [Guardar no OneDrive](#)

Cara colega,

Envio o Questionário Percepção dos Alunos acerca da Educação Sexual (QPAES) autorizando a sua aplicação.

Qualquer dúvida estou ao seu dispor.

Desejos de bom trabalho.



paula nelas (pnelas@gmail.com) [Adicionar aos contactos](#) 29-04-2015

Para: Inês

Bom dia Sra. Enfermeira Inês,

Em resposta ao solicitado, autorizo a utilização/aplicação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar.

Desejo um bom trabalho.

Melhores cumprimentos

Paula Nelas

Em 28 de abril de 2015 22:53, Inês <ines_catarina_3@hotmail.com> escreveu:

Boa noite Exma. Prof. Dra Paula Nelas

Conforme abordado hoje em contacto telefónico, segue este mail para formalização do pedido de autorização para aplicação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar a adolescentes do 8º ano de escolaridade, construída e validada pela Prof. Dra Paula Nelas.

Agradeço imenso a sua disponibilidade, com os meus melhores cumprimentos

Inês Pereira

Apêndice III – Pedido de autorização à Direção do ACES

RE: projecto de estágio na UCC [redacted]

↑ ↓ ✕

De: Inês [mailto:ines_catarina_3@hotmail.com]

Enviada: quarta-feira, 6 de Maio de 2015 16:29

Para: [redacted] (UAG_DIR)

Cc: [redacted] (UAG_VOG_ENF) [redacted] (Sec)

Assunto: projecto de estágio na UCC [redacted]

Exma Sra. Directora [redacted]

Segue em anexo informação relativa à concretização do projecto no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem Comunitária, que está a ser desenvolvido na UCC [redacted] s.

Fico a aguardar retorno.

Melhores cumprimentos, atenciosamente

Inês Pereira (enfermeira a exercer funções [redacted])

RE: projecto de estágio na UCC [redacted]

↑ ↓ ✕



[redacted] (UAG_VOG_ENF) [redacted]

[Adicionar aos contactos](#) 07-05-2015 ▶

Para: Inês ✉

De: [redacted] (UAG_VOG_ENF) [redacted]

Enviada: quinta-feira, 7 de Maio de 2015 09:26:49

Para: Inês (ines_catarina_3@hotmail.com)

Bom dia

Por mim, desde que o consentimento esteja autorizado nada tenho a opor.

beijinho

[redacted] (Enfª Chefe)

Vogal do Conselho Clínico de Saúde

[redacted]

Apêndice IV - Pedido de autorização à Direção da Escola Básica 2,3 AG

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de Escolas

Sra. Professora

Eu, Inês Catarina Oliveira Pereira, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade, do ACES, orientado academicamente pelo Sr. Prof. António Major e no contexto pela Sra. Enª Catarina Afonso.

Nesta fase, estou a desenvolver um projeto no âmbito da educação sexual no 3º ciclo que compreende duas etapas: diagnóstico da situação (que se realizará no período compreendido entre Maio e Junho do ano letivo 2014/2015) e intervenção de enfermagem (que se realizará no período compreendido entre Outubro e Janeiro do ano letivo 2015/2016).

A realização deste projeto tem como principal objetivo contribuir para a vivência saudável da sexualidade de adolescentes do 3º ciclo. A sua implementação implica a realização de um questionário validado e a sua aplicação autorizada pelos autores, aos adolescentes do 8º ano de escolaridade, possibilitando um levantamento de problemas, e posterior intervenção junto das turmas selecionadas do 9º ano de escolaridade, no ano letivo 2015/2016. A avaliação da intervenção é posteriormente efetuada através da aplicação do mesmo questionário às turmas alvo da intervenção.

A participação dos estudantes neste projeto será voluntária e após consentimento livre e esclarecido dos encarregados de educação, por escrito. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e assegurados os Princípios Éticos inerentes a este trabalho, ao longo de todo o processo.

Desta forma, venho por este meio solicitar autorização para a concretização deste projeto na Escola Básica do 2º e 3º Ciclo que a Sra. Diretora dirige.

, 4 de Maio de 2015

Inês Pereira



Apêndice V – Pedido de autorização aos Pais/Encarregados de Educação

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação

Eu, Inês Catarina Oliveira Pereira, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me neste momento a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [] do ACES I []

Tendo em conta que a Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto estabelece a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e ensino secundário e que a escola desempenha um importante papel na formação dos jovens para a procura de estilos de vida e comportamento saudáveis, estou a desenvolver um projeto em parceria com o Programa de Saúde Escolar/Clube dos Afetos na área temática da vivência saudável da sexualidade na adolescência.

Este projeto tem como principal objetivo contribuir para a vivência saudável da sexualidade dos adolescentes do 3º ciclo. A sua implementação implica a realização de um questionário aos adolescentes do 8º ano de escolaridade este ano letivo e intervenção junto de turmas selecionadas do 9º ano de escolaridade, no próximo ano letivo.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos e estes apenas serão utilizados para a concretização deste projeto, contudo, pode recusar a participação do seu educando, sem qualquer consequência.

Desde já manifesto a minha disponibilidade para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente, e agradecendo a sua colaboração

Inês Pereira (Contato telefónico: []))

.....(recortar pelo picotado).....

Se concordar que o seu educando participe neste projeto, por favor assine no espaço abaixo. Eu, _____, encarregado(a) de educação do aluno(a) _____, ano/turma _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado de que tenho direito a recusar a participação do meu educando e de que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim nem para o meu educando.

Assim, declaro que autorizo/não autorizo (sublinhar o que interessa) o meu educando a participar neste projeto.

Assinatura _____ Data _____

Apêndice VI – Apresentação dos dados sociodemográficos

Gráfico 7 –Respostas à questão 3: Qual o aproveitamento escolar

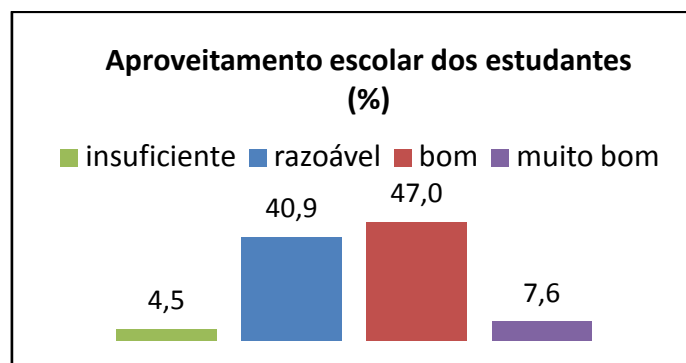


Gráfico 8 – Respostas à questão 4: com quem vives

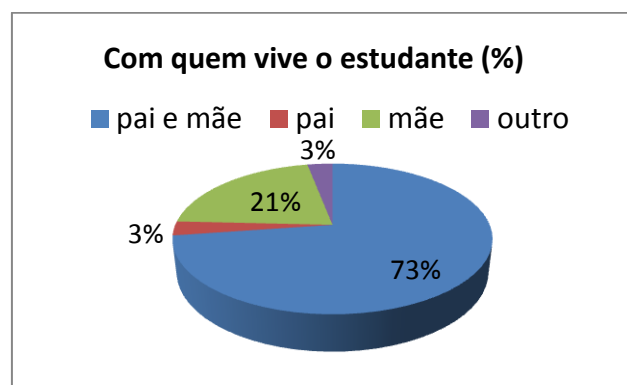


Gráfico 9 –Resposta à questão 6: qual a escolaridade do pai e da mãe

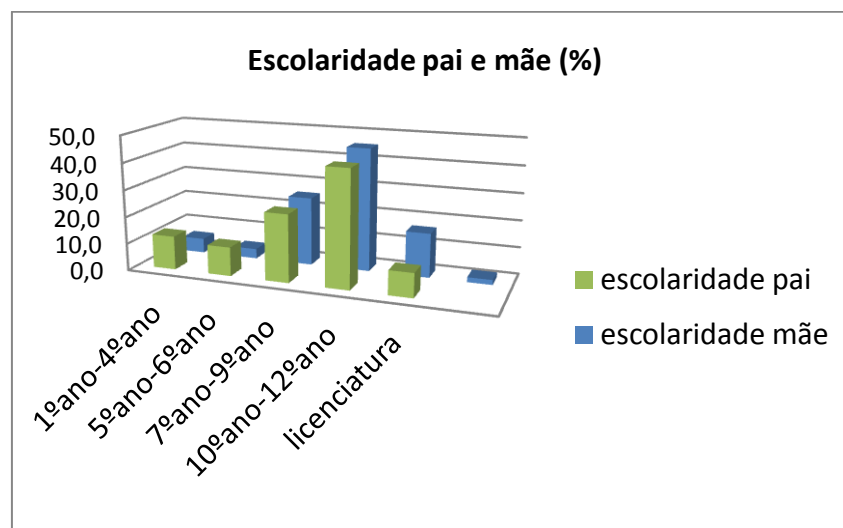
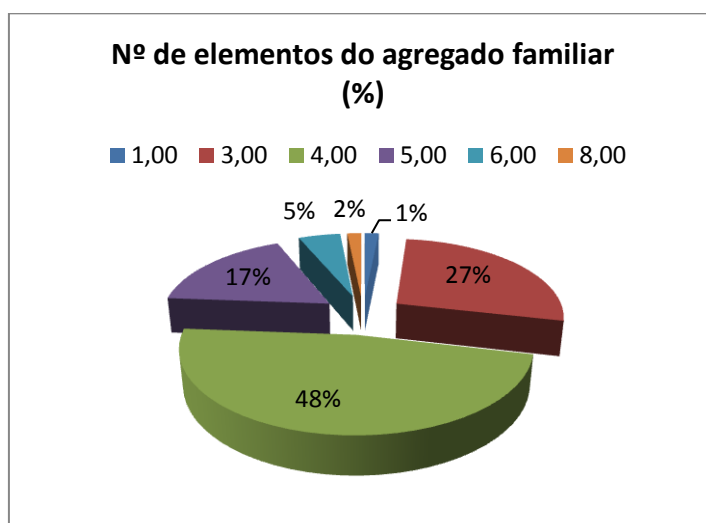


Gráfico 10 – Respostas à questão 9: número de elementos do agregado familiar



Apêndice VII – Apresentação dos dados do QPAES

Gráfico 11 – Resposta à questão 11: sente-se à vontade a falar sobre sexualidade

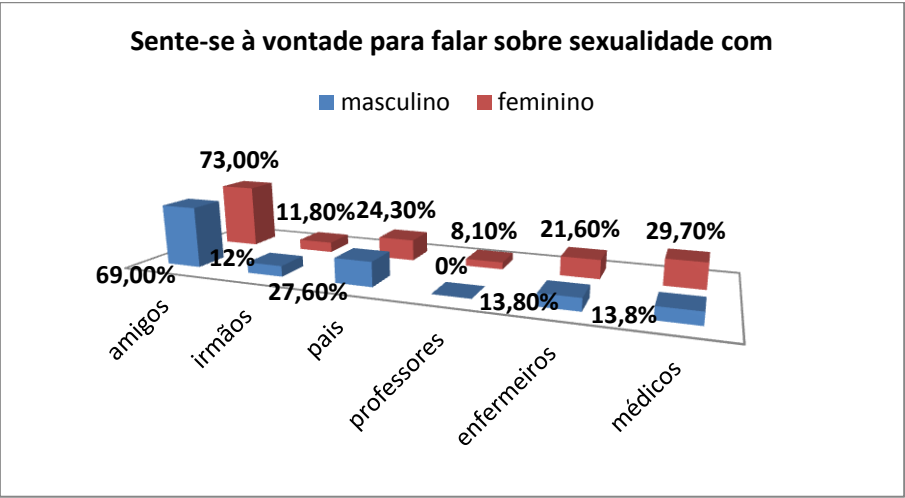
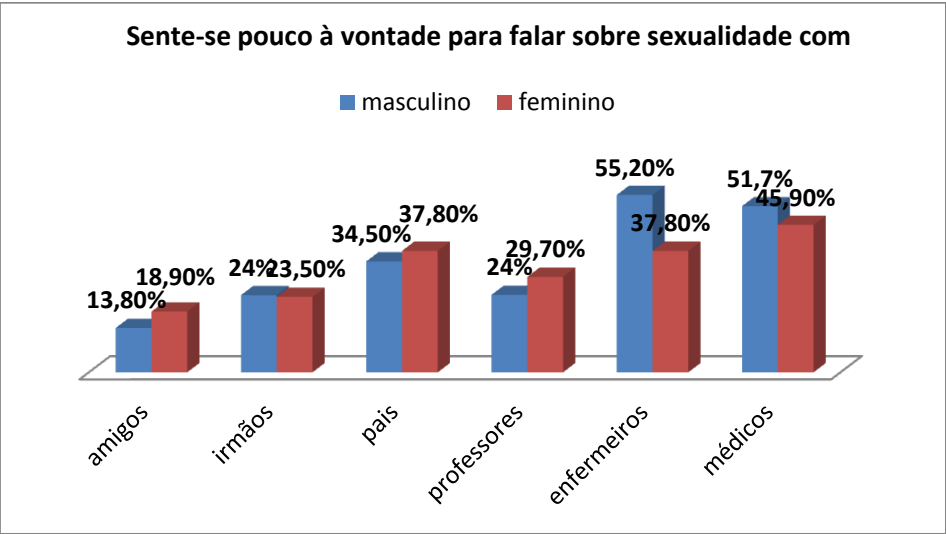


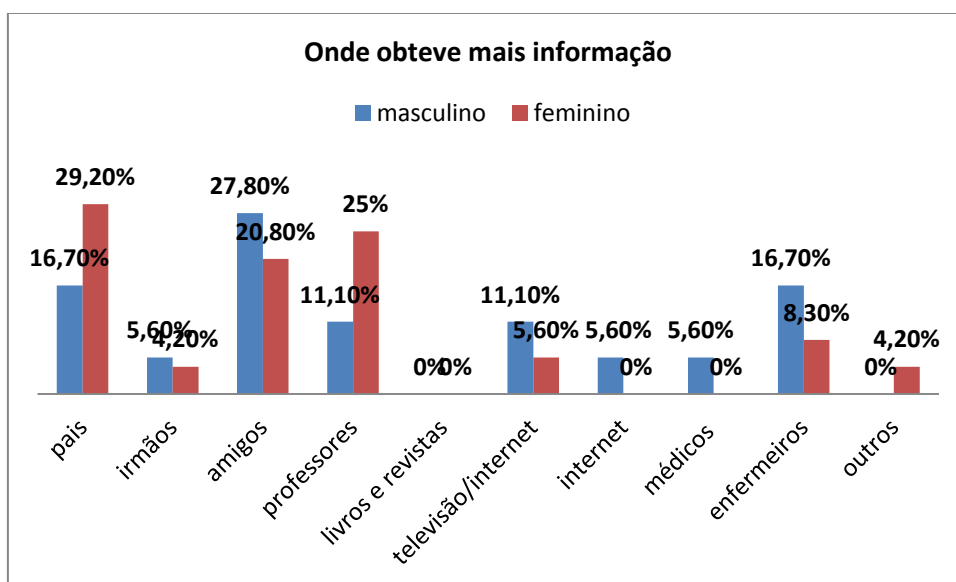
Gráfico 12 – Resposta à questão 11: sente-se pouco à vontade a falar sobre sexualidade



Quadro 4 – Resposta à questão 12: como te sentes relativamente à Informação que possuis sobre sexualidade

Informação que possuis sobre sexualidade			
	Muito informado	Informado	Pouco informado
Masculino	17,2%	69,0%	13,8%
Feminino	19,7%	72,7%	7,6%

Gráfico 13 – Resposta à questão 13: onde obteve informação sobre sexualidade



Quadro 5 –Resposta à questão 14: quem é a pessoa mais adequada para abordar a educação sexual

Pessoa mais adequada para abordar educação sexual						
	Professor	Enfermeira	Médico	Família	Prof., médico, enf. e família juntos	Outros
Masculino	3,0%	6,1%	1,5%	19,7%	12,1%	0%
Feminino	0%	6,1%	13,6%	10,6%	12,1%	4,5%

Gráfico 14 – Resposta à questão 15: qual a Importância atribuída à educação sexual nas escolas

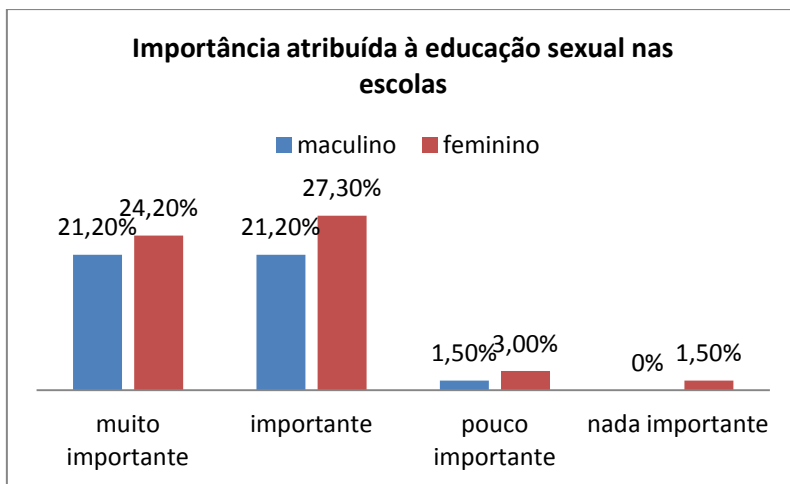
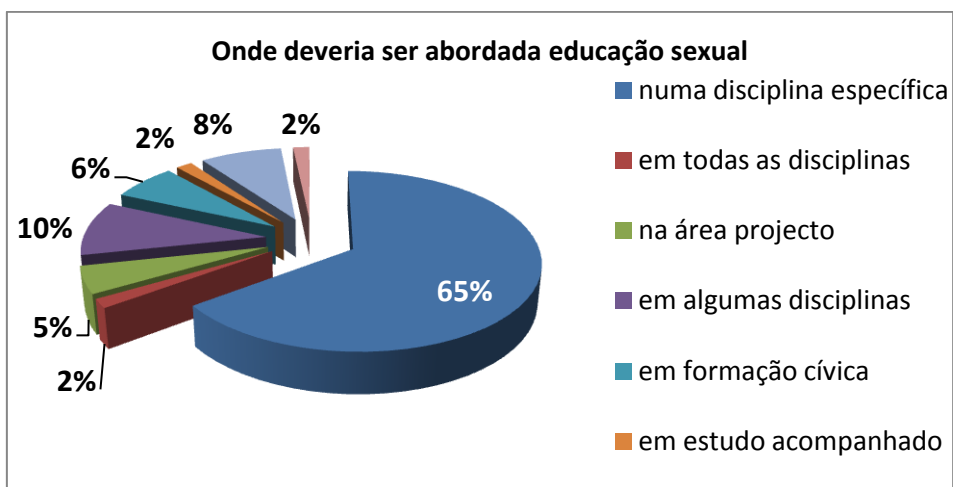


Gráfico 15 – Resposta à questão 17: a educação sexual deveria ser abordada nas escolas



Apêndice VIII – Apresentação dos dados da ECPF

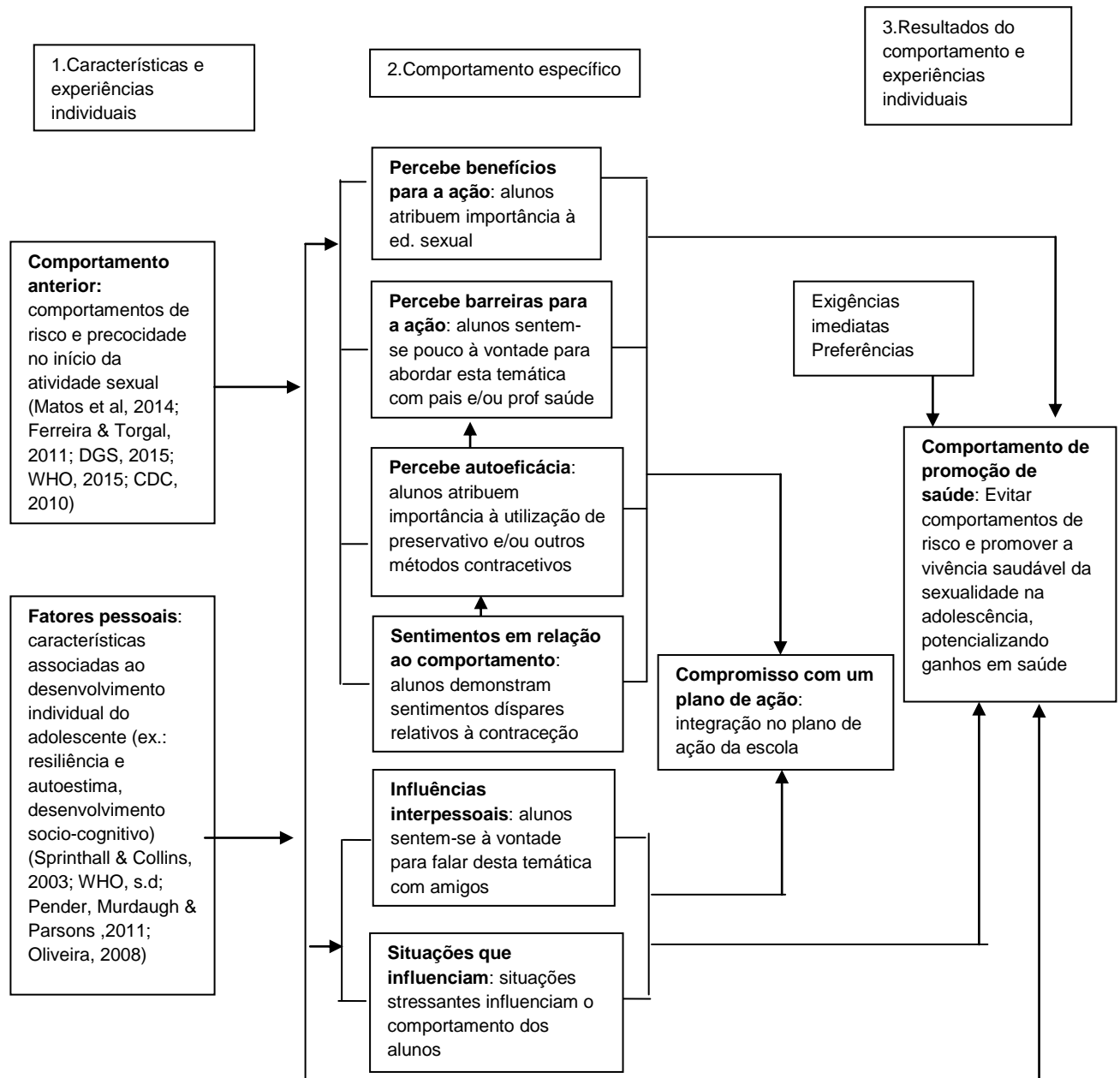
Quadro 6 –Escala de Conhecimentos sobre Planeamento familiar: valor médio das repostas (1ª avaliação)

Itens	Total	Masc.	Fem.
1.O planeamento familiar evita gestações indesejáveis	3,8333	4,0345	3,6757
2.O planeamento familiar evita a menstruação	4,0000	3,5517	4,3514
3.Os métodos contraceptivos evitam as menstruações	3,5455	3,2759	3,7568
4. A pílula é um método contraceptivo de barreira	2,3333	2,4483	2,2432
5. O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	3,0000	2,6552	3,2703
6.É muito difícil engravidar na primeira relação sexual	3,4242	3,3793	3,4595
7.Há cuidados especiais na colocação do preservativo	4,5152	4,5862	4,4595
8.A pílula evita uma gravidez não desejada	4,0455	4,0345	4,0541
9.O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	4,5909	4,6552	4,5405
10.O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	2,6970	2,5517	2,8108
11.O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual	3,3333	3,3103	3,3514
12.O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro	4,2727	3,8966	4,5676
13.A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescente	3,2879	3,0345	3,4865
14.A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias	3,4545	3,3103	3,5676
15.Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde	3,9697	3,7241	4,1622
16.Deve-se verificar a validade do preservativo	4,7576	4,8276	4,7027
17.As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	3,8030	3,5517	4,0000
18.O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	4,0606	3,8621	4,2162
19.Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos	4,2273	4,1724	4,2703

20.O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria	4,1212	3,9655	4,2432
21.Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar	3,3182	3,2414	3,3784
22.Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira(o)	4,1818	3,7586	4,5135

Apêndice IX – Enquadramento conceptual dos resultados obtidos

Diagrama 1 – Enquadramento conceptual dos dados obtidos



A - Amplitude ou magnitude do problema (0 a 10): <ul style="list-style-type: none"> • 2 - 0% a 20%; • 4- 21% a 40%; • 6- 41% a 60%; • 8- 61% a 80%; • 10- 81% a 100%. 	B – Gravidade do problema (0 a 10): <ul style="list-style-type: none"> • 4- Pouco grave • 7- Gravidade média • 10 – Muito grave
C - Eficácia da solução (0,5 a 1,5): <ul style="list-style-type: none"> • 0,5 – Solução difícil; • 1 - Solução razoável • 1,5 – Solução fácil 	D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção (0 ou 1) <p>integra cinco componentes descritos pela sigla PEARL (P – pertinência; E – exequibilidade económica; A – aceitabilidade; R – disponibilidade de recursos; L – legalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – Não exequível • 1 – Exequível

Valor da prioridade: (A + B) CxD

Critérios do método	A	B	C	D	(A + B) CxD
Autoeficácia face à sexualidade comprometida	2	10	1	1	10
Crença relativa à educação sexual comprometida	2	7	1	1	9
Défice de conhecimentos sobre planeamento familiar	4	10	1,5	1	21

Apêndice XI – Apresentação efetuada em reunião do Conselho Pedagógico

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Estágio de Intervenção Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária

Orientador Académico:
Prof. António Major
Orientador do Local de Estágio
Enf. Catarina Afonso

Discente:
Inês Pereira, nº 6591

Novembro de 2015

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

Sumário:

1. Área temática
2. Diagnóstico de situação
3. Planeamento da intervenção
4. Estratégias a utilizar
5. Planificação das atividades

Referências bibliográficas

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

1. Área temática

Sexualidade: um aspeto central do ser humano, ao longo da vida, que engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.

(WHO, 2006)

A educação sexual deverá iniciar-se na infância e estender-se até à adolescência e idade adulta e tem como objetivo apoiar e proteger o desenvolvimento sexual

WHO Europe, 2010

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

2. Diagnóstico de situação

Instrumentos de avaliação

- Questionário de Perceção de Alunos acerca da Educação Sexual (Caldeira, Lopes, Arranca, 2014)
- Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar (Nelas, Silva, Ferreira, Duarte e Chaves, 2010)

↓

Instrumentos validados e a sua aplicação autorizada pelos autores

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

2. Diagnóstico de situação

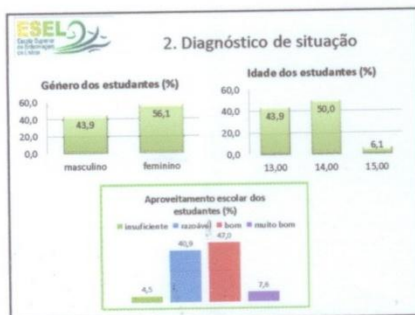
Responderam ao questionário 67 estudantes do 8º ano de escolaridade

ESEL
Escola Superior de Enfermagem
Lisboa

2. Diagnóstico de situação

Instrumento aplicado aos estudantes do 8º ano:

Parte I - dados sociodemográficos

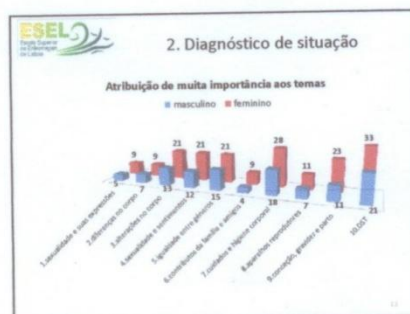
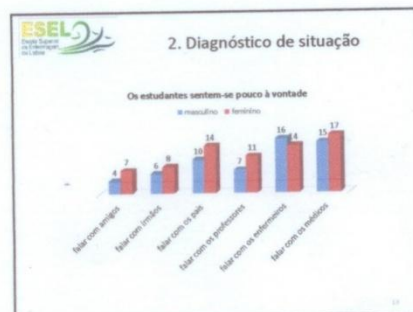


ESEL
Escola Superior de Educação
Lisboa

2. Diagnóstico de situação

Instrumento aplicado aos
estudantes do 8º ano:

Parte II - Perceção dos estudantes
acerca da educação sexual



ESEL
Projeto Escolar
de Educação Sexual
2011-2016

2. Diagnóstico de situação

**Instrumento aplicado aos
estudantes do 8º ano:**

**Parte III - Escala de conhecimentos
sobre planeamento familiar**

12

ESEL
Projeto Escolar
de Educação Sexual
2011-2016

2. Diagnóstico de situação

- Os adolescentes apresentam médias de conhecimentos mais baixas no que concerne às características dos métodos contraceptivos (exceto o preservativo)
- Os adolescentes apresentam médias de conhecimentos mais elevadas no que concerne às características do preservativo
- As raparigas apresentam uma média de conhecimentos mais elevada que os rapazes

13



ESEL
Projeto Escolar
de Educação Sexual
2011-2016

2. Diagnóstico de situação

Problemas identificados:

- 35% dos estudantes sentem-se pouco à vontade para falar sobre sexualidade com os pais
- 7,4% dos estudantes dizem estar pouco informados sobre sexualidade

15

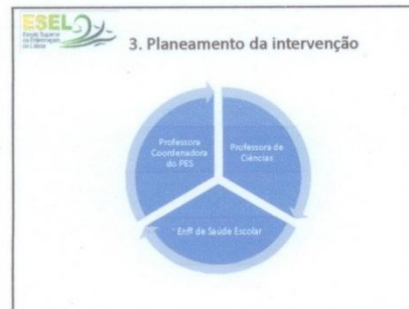
ESEL
Projeto Escolar
de Educação Sexual
2011-2016

2. Diagnóstico de situação

Problemas identificados:

- 14,9% dos estudantes refere que obteve mais informação sobre sexualidade junto dos amigos
- Média de conhecimentos sobre planeamento familiar de 3,7463
- Média de conhecimentos mais baixa no que concerne a características dos métodos contraceptivos

16





4. Estratégias a utilizar

- Devolver os resultados aos alunos
- Integrar o projeto de intervenção no Programa de Atividades da Escola;
- Intervir nas horas de RAT;
- Envolver os DT's (envolvendo a comunidade educativa);
- Envolver os alunos nas atividades (delegados de turma – educação por pares)
- Dar resposta as necessidades efetivas (programa realizado de acordo com as problemáticas levantadas pelos alunos)



5. Planificação das atividades

- Sessões
 - 3 sessões de 45min e 1 sessão de 90 min
- Reunião com os delegados de turma
- Realização de uma atividade para a comunidade educativa



Referências bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2014). Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 – Documento em Discussão Pública. Acedido a 27 de Fevereiro de 2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/publicacoes-nacionais-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>

WHO Regional Office for Europe and Rlgpt (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Acedido a 31 de Março de 2015. Disponível em http://ftp://ftp.euro.who.int/pub/WHO/Rlgpt/Standards_sexedu.pdf

Nelas, P. (2010). Educação sexual em contexto escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade saudável. Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento. Aveiro.

Batanete, Lopes & Arranca (2012). Educação Sexual no 2º ciclo do ensino básico – do diagnóstico da situação à intervenção. Comportamentos hetero-lesbica: realidades e perspectivas. Escola Superior de Saúde de Viana. Viana.

Imperatori, E. & Gualtes, M. (1982). Metodologia do planeamento da saúde. Lisboa: Olbas Andalus

Apêndice XII – Cronograma de Gantt

[illegible]

Apêndice XIII – Informação enviada aos pais/EE

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado de Educação

Eu, Inês Catarina Oliveira Pereira, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me neste momento a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [] do ACES []

Tendo em conta que a Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto estabelece a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e ensino secundário e que a escola desempenha um importante papel na formação dos jovens para a procura de estilos de vida e comportamento saudáveis, está a ser desenvolvido um projeto na área temática da vivência saudável da sexualidade na adolescência, em parceria com a Sra. Prof. [] e com o Clube dos Afetos, que tem como principal objetivo contribuir para a sexualidade saudável na adolescência.

Neste contexto, e após terem sido identificados alguns temas de maior relevo, vimos por este meio informar acerca da futura realização de quatro sessões de educação para a saúde na turma em que o seu educando se encontra inscrito. Estas sessões abordarão, essencialmente as seguintes temáticas: compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integra valores e uma dimensão ética; compreensão da prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, os mecanismos de ação e tolerância.

Desde já manifestamos disponibilidade para esclarecimentos adicionais e agradecemos a sua colaboração.

Inês Pereira

Apêndice XIV- Documentos referentes à EpS 1 – Afinal o que é a sexualidade?

Plano da sessão de educação para a saúde 1 - Afinal o que é a sexualidade?

Diagnóstico de enfermagem: Crença relativa à educação sexual comprometida	
Temática da sessão: Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integra valores e uma dimensão ética	
Objetivo da sessão: Facilitar a reflexão acerca da importância da sexualidade, suas dimensões e diferentes expressões no quotidiano	Data: 4 de Novembro de 2015
	Local: sala de aula da EB AG
População alvo: estudantes do 9º C	Duração da sessão: 45 min

Fase	Conteúdo	Duração	Método	Recursos materiais	Avaliação
1º momento: Introdução	- Apresentação dos presentes: em grupos de 2, os estudantes apresentam-se mutuamente com o nome, idade e uma característica do colega que considerem positiva; - Apresentação do objetivo do projeto e da sessão	15 min	Participativo; expositivo	Computador; data show	% de estudantes que demonstra conhecimentos no questionário de conhecimentos; % de estudantes que avaliam
2º momento: desenvolvimento	- Distribuição de um conjunto de recortes acerca de um aspeto	25 min	Discussão em grupo;	Recortes de jornais, notícias, imagens e	satisfatoriamente a sessão

	<p>e/ou dimensão da sexualidade a 3 grupos de 5 estudantes e um grupo de 4 estudantes; Cada grupo discute a informação relevante do grupo de recorte;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um dos elementos do grupo apresenta o que foi discutido no seu grupo e as ideias principais são escritas no papel de cenário 		participativo	<p>palavras referidas pelos estudantes; Papel de cenário; canetas multicolores, “bostik”</p>	
3º momento: conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos aspetos mais importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação do questionário de satisfação e conhecimentos 	5 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show; questionário de satisfação	

VI Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de especialização enfermagem comunitária

Afinal o que é a sexualidade?



Autor: Inês Pereira
Orientadores:
Enf. Catarina Afonso;
Prof. António Major

Novembro 2015

Objetivos do projeto

Desenvolver atitudes promotoras
de uma sexualidade saudável



- Sessões de educação para a saúde (espaço de partilha e de respeito mútuo);
- Dinamização da temática da sexualidade na semana da saúde.



Objetivos desta sessão

- Refletir sobre o conceito de sexualidade e sexualidade saudável;
- Refletir sobre as diferentes dimensões da sexualidade e suas expressões no quotidiano



Sexualidade no dia-a-dia...



○ que pensar?

Sexualidade no dia-a-dia...

- ○ que nos sugerem os recortes?
- De que forma os recortes se relacionam com a sexualidade?



Sexualidade

Aspecto do ser humano presente ao longo da vida

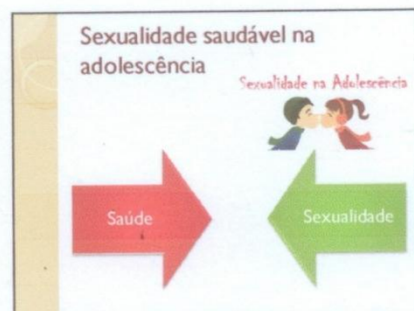
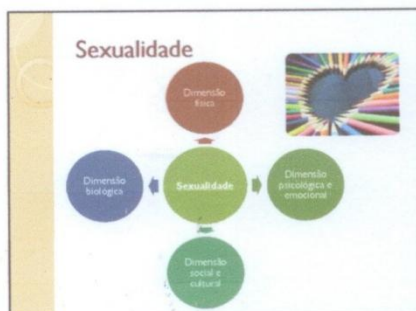
Engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, intimidade e reprodução

Experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações

Influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais



OMS, 2006



Sexualidade saudável na adolescência

Saúde sexual:

Estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; a saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitável à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência

(OMS, 2006)

Sexualidade saudável na adolescência

• Alguns sites de referência:

- <http://repositorio.usf.br/handle/123456789/123456789>
- <http://www.who.int>
- <http://www.unicef.org>

Conclusão

- A sexualidade é parte integrante da vida;
- A sexualidade é expressa no quotidiano de diferentes formas
- Implica um pensamento crítico sobre a informação que é disponibilizada

Bibliografia

- <http://repositorio.usf.br/handle/123456789/123456789>
- <http://www.who.int>
- <http://www.unicef.org>
- World Health Organization (2006) Sexual and reproductive health. Acesso a 31 de Março de 2015. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sexual_health_basics/en/

Questionário de conhecimentos e de avaliação de satisfação

Sessão 1: Afinal o que é a sexualidade?

Os conhecimentos:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
1. A sexualidade faz parte da vida			
2. A sexualidade tem apenas uma dimensão			
3. Importa refletir sobre a informação, acerca da sexualidade, que é disponibilizada no dia-a-dia			

Satisfação:

	Sim	Não	Não sei
1. Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim			
2. Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões			
3. Estou satisfeito(a) com esta sessão			

Se tiveres sugestões ou quiseres acrescentar algo, podes fazê-lo

Este questionário é anónimo e apenas tem como objetivo melhorar o nosso trabalho.

Muito obrigada

Apêndice XV- Documentos referentes à EpS 2 – A minha individualidade!

Plano de sessão de educação para a saúde 2 – A minha individualidade!

Diagnóstico de enfermagem: Autoeficácia face à sexualidade comprometida	
Temática da sessão: Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integra valores e uma dimensão ética	
Objetivos da sessão: Capacitar para a tomada de decisão face ao acesso à informação; Facilitar a auto perceção positiva face à sexualidade	Data: 27 de Novembro de 2015
	Local: sala de aula da EB AG
População alvo: estudantes do 9º C	Duração da sessão: 45 min

Fase	Conteúdo	Duração	Método	Recursos materiais	Avaliação
1º momento: introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior - Apresentação do objetivo e finalidade da sessão 	8 min	Expositivo	Computador; Data-show	% de estudantes que demonstra conhecimentos no questionário de
2º momento: desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução à temática da sexualidade individual. - Cada estudante escreve uma carta a si próprio onde refere quem é, como se sente, 	30 min	Expositivo e participativo	Computador; Data-show; folha com o título “Carta a Mim” Papel de cenário; canetas multicores,	conhecimentos % de estudantes que demonstra respostas que evidenciem auto

	<p>enquanto ser social e com uma sexualidade individual, como respeita o seu corpo e como respeita o outro.</p> <p>- Discussão sobre a importância de nos conhecermos, de conhecermos o outro, de nos respeitarmos e de respeitarmos o outro.</p>			“bostik”	<p>percepção positiva face à sexualidade</p> <p>% de estudantes que avaliam satisfatoriamente a sessão</p>
3º momento: conclusão	<p>- Resumo dos aspetos mais importantes da sessão;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Aplicação do questionário de satisfação e conhecimentos</p>	7 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show; questionário de satisfação	

VI Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de especialização enfermagem comunitária

A minha individualidade!



Autor: Inês Pereira
Orientadores:
Enf. Catarina Afonso;
Prof. António Major

Novembro 2015

Na sessão anterior



Objetivos desta sessão

- Refletir sobre a sexualidade individual;
- Refletir sobre a relação com o outro



Carta a mim...

- Quem sou eu?
- Como me sinto?
- O que faço para me respeitar a mim/ao meu corpo?
- O que faço para respeitar os outros?



10 min

Quem sou eu?

- Características individuais: o que penso e como me expresso?
- Como vivencio a minha sexualidade?




Como me sinto?

- Diferentes sentimentos em diferentes momentos




O que faço para me respeitar a mim/ao meu corpo?



- Conheço-me e conheço o meu corpo
- Aceito-me como sou e não cedo a pressões dos outros
- Cuido do meu corpo: protejo o meu corpo; mantenho higiene adequada e estilos de vida saudáveis


O que faço para respeitar os outros?




- Compreendo que os outros podem ter uma opinião diferente
- Ocupo os outros, sem julgar
- Respeito os outros na sua individualidade
- Apoio os outros a tomarem decisões saudáveis

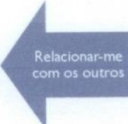
Sexualidade saudável na adolescência

Sexualidade na Adolescência






Relacionar-me comigo



Relacionar-me com os outros

Conclusão

- A sexualidade é vivenciada de maneira diferente de pessoa para pessoa
- Para vivenciar uma sexualidade saudável importa conhecer-me, aceitar-me e respeitar-me



Carta a mim

27 de Novembro de 2015

Caro(a) _____

Quem sou eu?

Como me sinto?

O que faço para me respeitar a mim/ao meu corpo?

O que faço para respeitar os outros?

Beijos e abraços

Questionário de conhecimentos e de avaliação de satisfação

Sessão 2: A minha individualidade!

Os conhecimentos:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
4. A sexualidade é diferente de pessoa para pessoa			
5. O meu corpo deve ser respeitado por mim e pelos outros			
6. Nas relações afetivas e sociais não importa o que os outros pensam ou como se sentem			

Satisfação:

	Sim	Não	Não sei
4. Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim			
5. Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões			
6. Estou satisfeito(a) com esta sessão			

Se tiveres sugestões ou quiseres acrescentar algo, podes fazê-lo

Este questionário é anónimo e apenas tem como objetivo melhorar o nosso trabalho.

Muito obrigada

Apêndice XVI- Documentos referentes à EpS 3 – A contraceção é a melhor
prevenção!

Plano de sessão de educação para a saúde 3 – A contraceção é a melhor prevenção!

Diagnóstico de enfermagem: Défice de conhecimentos sobre planeamento familiar	
Temática da sessão: Compreensão da prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conhecer, sumariamente, os mecanismos de ação e tolerância	
Objetivo da sessão: Aumentar os conhecimentos sobre planeamento familiar	Data: 1 de Dezembro de 2015
	Local: sala de aula da EB AG
População alvo: estudantes do 9º C	Duração da sessão: 90 min

Fase	Conteúdo	Duração	Método	Recursos materiais	Avaliação
1º momento: introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Apresentação do objetivo e finalidade da sessão; 	8 min	Expositivo	Computador; Data-show	<u>Indicadores de resultado:</u>
2º momento: desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - A turma é dividida entre dois grupos - É exposto em PowerPoint uma pequena história acerca da possibilidade de dar “O próximo passo” - Um grupo prepara argumentos a favor do início e outro grupo prepara argumentos contra; - É criado um debate entre o grupo a favor e o grupo contra sejam expostas diferentes 	37 min	Discussão em grupo	Papel com assunto gerador de discussão; Papel de cenário, canetas	% de estudantes que demonstra conhecimentos no questionário de conhecimentos

	perspetivas e argumentos.			multicolores, “bostik”	% de estudantes que avaliam satisfatoriamente a sessão
	<ul style="list-style-type: none"> - Visualização de filme sobre métodos contraceptivos da APF: https://www.youtube.com/watch?v=GGD9EgjlGLM - Observação e contato com diferentes métodos contraceptivos; - Resumo das principais características dos métodos contraceptivos e esclarecimento de dúvidas sobre a contraceção; 	30 min	Expositivo	Computador; Data-show; caixa dos contracetivos	
3º momento: conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos aspetos mais importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação do questionário de satisfação e conhecimentos 	15 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show; questionário de satisfação	

VI Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de especialização enfermagem comunitária

A contraceção é a melhor prevenção!



Autor: Inês Pereira
Orientadores:
Enf. Catarina Afonso;
Prof. Andréio Major

Dezembro 2015

Na sessão anterior



- Quem sou eu?
 - Sou uma pessoa com características físicas e psicológicas individuais
- Como me sinto?
 - Diferentes sentimentos (ambivalência; insegurança; amor; confiança) em diferentes situações
- O que faço para me respeitar a mim/ao meu corpo?
 - Cuido do meu corpo (estilos de vida saudáveis); gosto de mim e aceito-me como sou; não permito que invadam o meu espaço íntimo quando não quero
- O que faço para respeitar os outros?
 - Sou bom amigo(a); não julgo; não trato mal os outros.

Objetivos desta sessão

- Conhecer diferentes métodos contraceptivos e suas características
- Refletir sobre a tomada de decisão



Debate

Era 12 de Outubro do ano de 2013, quando conheci o Ricardo pessoalmente, nessa altura ele namorava com outra colega de turma. Durante uma visita de estudo um colega de ambos dese-me que ele estava interessado em mim, e eu sentia o mesmo. Segui o meu coração e nessa viagem de estudo demos o nosso primeiro beijo. Foi um beijo suave e desajeitado ao mesmo tempo. Apaixonámo-nos. Eu tinha 15 anos e ele 17, dois adolescentes perdidamente apaixonados...

Após três meses de namoro começámos a ficar mais íntimos. Nessa altura começámos a falar em dar o próximo passo.

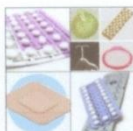
Para o próximo passo:

Grupo 1 e 2 - Prós: avançar

Grupo 3 e 4 - Contra: não avançar

Os métodos contraceptivos

<https://www.youtube.com/watch?v=GGD9EgIGLM>



Conclusão

- A tomada de decisão de avançar deve ser pensada e refletida entre o casal. É importante recorrer a uma consulta de planeamento familiar antes do início da vida sexual;
- A prevenção das IST apenas é assegurada com o preservativo.
- Existem variados métodos contraceptivos. A escolha do método contraceptivo deve ser adequada e individualizada. É importante recorrer a profissionais de saúde quando se inicia a utilização de um método contraceptivo.
- A responsabilidade da utilização de métodos contraceptivos deverá ser partilhada entre o casal.



Questionário de conhecimentos e de avaliação de satisfação

Sessão 3: A contraceção é a melhor prevenção!

Os conhecimentos:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
7. A utilização do preservativo juntamente outro método contraceutivo é denominada de dupla proteção			
8. A utilização de contraceção é apenas da responsabilidade da mulher			
9. A escolha do método contraceutivo a utilizar deve ser pensada e partilhada entre o casal			

Satisfação:

	Sim	Não	Não sei
7. Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim			
8. Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões			
9. Estou satisfeito(a) com esta sessão			

Se tiveres sugestões ou quiseres acrescentar algo, podes fazê-lo

Este questionário é anónimo e apenas tem como objetivo melhorar o nosso trabalho.

Muito obrigada

Apêndice XVII- Documentos referentes à EpS 4 – Vamos esclarecer dúvidas!

Plano de sessão de educação para a saúde 4 – Vamos esclarecer dúvidas!


Diagnóstico de enfermagem: Autoeficácia face à sexualidade comprometida	
Temática da sessão: Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integra valores e uma dimensão ética	
Objetivo da sessão: Capacitar para a tomada de decisão informada	Data: 15 de Janeiro de 2015
População alvo: estudantes do 9º C	Duração da sessão: 45 min
Método: discussão em grupo	Recursos: computador; data show; caneta; papel de cenário

Fase	Conteúdo	Duração	Método	Recursos materiais
1º momento: introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Apresentação do objetivo e finalidade da sessão; 	8 min	Expositivo	Computador; Data-show
2º momento: desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas - Resumo do percurso efetuado ao longo das sessões, através de imagens no PowerPoint e da leitura do papel de cenário; - Planeamento da sessão inter pares para construção do malmequer 	22 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show; papel de cenário; canetas multicolores, “bostik”

3º momento: conclusão	- Reforço e validação dos aspetos mais importantes das sessões	15 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show
----------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------	----------------------------	-----------------------

VI Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de especialização enfermagem comunitária

Vamos esclarecer dúvidas...



Autor: Inês Pereira
Orientadores:
Enf. Catarina Afonso/
Enf. Isabel Nunes/
Prof. António Major

Janeiro 2015

Na sessão anterior

- Debate sobre "O próximo Passo!"
 - Dar ou não dar o próximo passo!
 - Existem argumentos a favor e argumentos contra.


↓

Pensar bem nos argumentos
Tomar uma decisão informada, responsável
e partilhada com o parceiro

- Existem diferentes métodos contraceptivos.
 - Antes de se iniciar a contraceção é muito importante ir a uma consulta de planeamento familiar.
 - O preservativo é o único contraceptivo que faz dupla proteção.

Objetivos desta sessão

- Esclarecer dúvidas
- Fazer uma retrospectiva sobre as sessões já realizadas



Algumas questões...

- Qual a melhor altura para fazer sexo e porquê?

Iniciar a vida sexual é uma escolha. Uma escolha individual. E essa decisão deve ser pensada e tomada com maturidade sejam rapazes ou raparigas. Fazer amor é partilhar emoções, sensações, é confiar, é amar, é desejar, é prazer, é ser responsável, é brincar... Cada um decide a idade certa para perder a virgindade. Porém, se as dúvidas e as questões dançam na tua cabeça, é melhor parares para pensar. Não existe uma idade certa, uma hora, ou um espaço indicado ou aconselhado.


Portal da Juventude (sld)

Algumas questões...

- As mulheres têm tanto desejo sexual como os homens?

A expressão da sexualidade e do desejo sexual é individual. Por outro lado, os papéis sexuais expressam-se de modo diferente nos rapazes e nas raparigas e é influenciado por fatores sociais e culturais.

Portal da Juventude (sld)




Algumas questões...

- Sonhos molhados

Sonhos de cariz sexual e/ou erótico que o rapaz tem durante a noite e que podem despoletar uma ejaculação. Nem todas as ejaculações involuntárias que ocorrem durante o sono estão relacionadas com sonhos eróticos. Algumas ocorrem porque as glândulas sexuais começam a produzir esperma e há uma pressão fisiológica que provoca a ejaculação o que frequentemente acontece durante a noite. Nas raparigas embora não haja ejaculação, pode haver um aumento da lubrificação vaginal.

Portal da Juventude (sld)



Algumas questões...



- Quando se pode administrar a vacina do HPV?

O HPV (vírus do papiloma humano) é um vírus sexualmente transmissível com a capacidade de infectar todas as pessoas, independentemente do seu sexo, idade, etnia ou localização geográfica. As infeções genitais por HPV são, geralmente, transmitidas por via sexual, através do contacto epitelial direto (pele ou mucosa) e, mais raramente, por via vertical, durante o parto. O uso de preservativos está indicado na prevenção de todas as infeções de transmissão sexual. É de lembrar que as áreas de pele não cobertas pelo preservativo não estão protegidas. A vacina não protege contra todos os tipos de HPV. A idade ideal para a vacinação é entre os 10 e os 13 anos e deve ser administrada, de preferência, antes do início da vida sexual ativa.

Portal da Saúde, 2014

Algumas questões...



- Acerca do aleitamento materno

Numa fase inicial o leite materno denomina-se de colostro (+ ou - 7 dias), depois passa a denominar-se de leite de transição e por fim leite maduro. Em todas as fases, tem a constituição mais adequada para aquela criança, favorecendo o sistema imunitário e o desenvolvimento normal da criança.

DGS, 2007



Outras questões?



O caminho já percorrido...



- Sessão 1 – Afinal o que é a sexualidade?
- Sessão 2 – A minha individualidade!
- Sessão 3 – A contraceção é a melhor prevenção!
- Sessão 4 – Vamos esclarecer dúvidas...

No futuro...



- Feira da Saúde
- Que atividades fazer?

Bibliografia

- <http://www.lameworldwide.gov.pt/?page=informacao>
- World Health Organization (2004). Sexual and reproductive health. Acessado a 31 de Março de 2015. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sexual_health_basics/en/
- <http://www.portaldaude.pt/portal/contenidos/informacao/sexualidade/sexualidade/sexualidade.htm>
- Direcção Geral da Saúde (2007). Aleitamento Materno: um factor promotor da saúde. Acessado a 13 de Janeiro de 2015. Disponível em: http://www.dgs.gov.pt/Portals/0/Documentos/2007/03/03_Saude_Liga.pdf

Apêndice XVIII – Folheto informativo dirigido aos estudantes da EB 2,3 AG

Referências bibliográficas

- WHO (2016). Health Promotion. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- WHO (2003). WHO definition of health. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- DGS (3/d). Dormir bem para um crescimento saudável. Disponível em: <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/contendo.aspx?menuId=553&extenuId=1>
- National Sleep Foundation. (2000). Adolescent Sleep Needs and Patterns. Disponível em: https://sleepfoundation.org/sites/default/files/teen_sleep_report1.pdf
- ARS Algarve (3/d). O peso da família. Disponível em: <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Projectos%20ARS/Algarve/colheto%20-%20DGS%20da%20família.pdf>
- DGS (2007). A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes.aspx>
- WHO Europe (2016). Noise. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes.aspx>
- Blask, D., et al (2012). Light Pollution: Adverse Health Effects of Nighttime Lighting. Disponível em: <http://www.atmos.org/library/resources/AMA%20Health%20Effects%20Light%20a%20Night.pdf>

Pensar saúde... Agir para a saúde...

Podes esclarecer as tuas dúvidas junto dos teus pais, professores, no Gabinete do Aluno da tua escola e com os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) no Centro de Saúde. Caso procures informação adicional nos diferentes meios de comunicação, deves assegurar-te que a informação que obténs é a correta.



Boletim realizado por Inês Pereira, sob a orientação académica do Sr. Professor António Major (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) e da Sra. Enfa Isabel Nunes e Sra. Enfa Catarina Afonso

Fevereiro de 2016

Pensar saúde...
Agir para a saúde...

Vamos falar sobre saúde!

Este boletim foi especialmente elaborado para ti. O seu objetivo é refletir sobre a saúde. Este boletim aborda o conceito de saúde e dá sugestões sobre os comportamentos e atitudes que podes adotar para promover a tua saúde nas suas diferentes dimensões.



Neste boletim, podes ler sobre:

- *O que é a saúde?*
 - *Como posso melhorar a minha saúde?*
 - *Alimentação saudável*
 - *Atividade física*
 - *A importância do sono*
 - *Prevenir os efeitos da poluição sonora e luminosa*
 - *Cuidados de higiene pessoal*
 - *A afetividade saudável*
- Como posso melhorar a minha saúde?

O que é a saúde?

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2003).



A promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde (WHO, 2016).

Os programas de saúde da tua escola podem ajudar na tua tomada de decisão quanto a comportamentos de vida saudáveis

Assim, nós conseguimos melhorar a saúde se, ao longo da vida, fizermos escolhas conscientes, responsáveis e promotoras do bem-estar físico, mental e social, as quais são denominadas de atitudes promotoras de saúde.

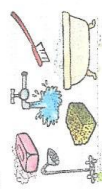
Prevenir os efeitos da poluição sonora e luminosa



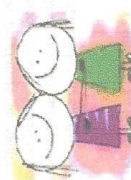
O ruído excessivo (poluição sonora) prejudica seriamente a saúde humana e interfere com as atividades diárias das pessoas na escola, no trabalho, em casa e no lazer. Pode perturbar o sono, ter efeitos no coração e circulação, psicológicos e físicos, reduzir o desempenho e provocar mudanças no comportamento social (WHO Europe, 2016). Assim, a exposição ao ruído tem um grande impacto na saúde e (exposição excessiva a luz artificial) tem efeitos negativos na saúde das pessoas. A utilização de luz artificial durante a noite (como ecrãs de televisão, de telemóveis e computadores) afeta negativamente o ciclo de sono das crianças e adolescentes, pelo que estes aparelhos devem ser removidos dos quartos (Blask, et al, 2012).

Cuidados de higiene pessoal

Durante a fase da pré-adolescência e adolescência, desodorizantes assume maior relevância (Wong, 1999). A higiene íntima, tanto nos rapazes como nas raparigas é fundamental. A par com estes cuidados, a higiene frequente das mãos, especificamente antes das refeições e depois de usar o banheiro. Esta é uma fase em que são importantes os duchos frequentes, e em que o uso de desodorizantes assume maior relevância (Wong, 1999). A higiene íntima, tanto nos rapazes como nas raparigas é fundamental. A par com estes cuidados, a higiene frequente das mãos, especificamente antes das refeições e depois de usar o banheiro. Esta é uma fase em que são importantes os duchos frequentes.



A afetividade saudável



Uma identidade própria, com diferentes valores e ideias e expressar o seu pensamento e sentimentos de maneira diferente. Assim, cada um de nós deve relacionar-se com os outros tendo por base o respeito e aceitação pela sua singularidade e individualidade, mas

Na sociedade atual, cada pessoa, homem ou mulher, tem

Alimentação saudável

Metade dos adultos e um terço das crianças portuguesas têm peso a mais, ou seja, excesso de gordura corporal. Este problema resulta de um desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta (ex: ARS Algarve, s/d). Uma alimentação saudável associada à prática de atividade física permite o desenvolvimento normal das crianças e jovens, previne alterações na saúde

como a obesidade e outras doenças no futuro (ex: doenças do coração e circulação). Dicas para uma alimentação saudável ao longo do dia:

- Fazer várias refeições por dia, (entre 5 a 6);
- Fazer refeições completas, variadas e equilibradas;
- Utilizar a roda dos alimentos como referencial para o consumo de alimentos;
- Limitar o consumo de alimentos com gorduras saturadas (ex: batatas fritas) e açúcares adicionais (ex: doces). É importante analisar os rótulos dos alimentos;
- Beber água com abundância ao longo do dia.



Atividade física

Tal como a alimentação saudável, a atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar.



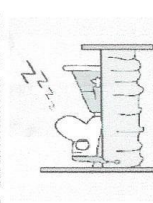
Está demonstrado que a prática regular de atividade física e o desporto beneficiam, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades. A atividade física reduz o risco de doenças cardiovasculares, de alguns cânceres e

Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física moderada, todos os dias.

Crianças e adolescentes necessitam 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana (DGS, 2007).

A importância do sono

O sono é uma necessidade vital para todas as pessoas. Durante o sono muitas atividades importantes acontecem no organismo. Dormir é essencial, por exemplo, para o desenvolvimento do cérebro.



bro e do corpo. Não dormir o número de horas necessárias pode ter consequências muito mais graves para as crianças do que simplesmente um mau acordar. Problemas de saúde, como a obesidade e a menor resistência a doenças, e problemas de comportamento, como hiperatividade, impulsividade e desatenção, podem estar relacionados com a falta de sono na criança. Para garantir o desenvolvimento saudável da criança é fundamental um período de sono adequado a cada fase de desenvolvimento, formando assim, bons hábitos de sono desde muito cedo (DGS, s/d). Assim, na pré-adolescência e adolescência é importante um período de sono entre 8h30 a 9h30 por noite (National Sleep Foundation, 2000).

Para garantir o desenvolvimento saudável da criança

Apêndice XIX – Apresentações das sessões de EpS Interpares


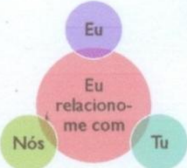
1ª Sessão EpS Interpares

**Pensar Afetos...
Pensar Saúde...**




Dezembro 2015

Projeto: afetos e saúde




Como é que eu me sinto?

- Os sentimentos dependem da situação
- Há vários tipos de sentimentos
- Cada pessoa deve exprimir adequadamente os seus sentimentos



Como é que eu me respeito

- Gosto de mim
- Cuido de mim e do meu corpo
- Quando tenho dúvidas falo com os meus pais e/ou professores




Como é que eu respeito os outros?

- Ouço os outros sem julgar
- Respeito a opinião dos outros
- Sou amigo dos outros



Projeto: afetos e saúde



Projeto: afetos e saúde

- Realização de sessões de educação para a saúde a uma turma do 9º ano
- Realização de uma atividade para toda a comunidade escolar



Projeto: afetos e saúde

- Atividade para toda a comunidade escolar: cada turma recebe uma pétala onde cada estudante escreve o que o faz sentir bem.



Questões?



Obrigado pela vossa atenção!

2ª Sessão EpS Interpares

Pensar Afetos... Pensar Saúde...



Fevereiro de 2015

Projeto: afetos e saúde

O percurso que foi feito...



Projeto: afetos e saúde



Projeto: afetos e saúde



Vamos construir um
malmequer!



O que me faz sentir bem?



O que me faz sentir bem?

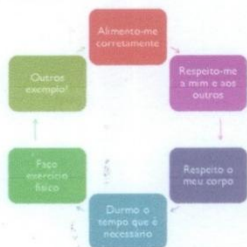
E diferente de pessoa para
pessoa

Sentir-me bem, faz-me estar
feliz comigo e com os outros

Ter saúde é importante para
me sentir bem



Como ser saudável?



Questões?



Obrigado pela vossa atenção!

A evitar...

- Induzir medo ou ansiedade;
- Ameaçar a propósito do início da atividade sexual;
- Fazer perguntas embaraçosas sobre a vida íntima.

(APF, s/d)

Alguns recursos úteis...

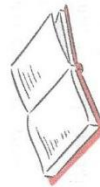
- Clube dos Afetos da Escola
- Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde

Sites úteis:

<http://www.apf.pt/>
<http://www.portaldasaude.pt/portal>
<http://www.juventude.gov.pt/>

Referências bibliográficas

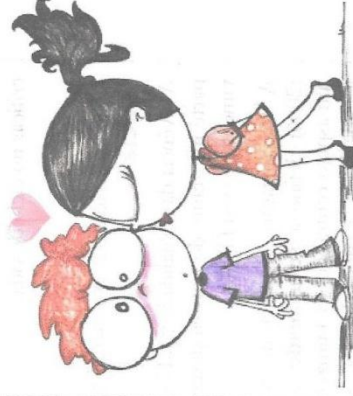
- World Health Organization (s/d). *Adolescent development*. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/;
- World Health Organization (2006). *Sexual and reproductive health*. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/;
- Associação para o Planeamento da Família (s/d). Pontos nos 15: a educação sexual lá em casa. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/pontos_nos_is.pdf.



Boletim realizado por Inês Pereira, sob a orientação académica do Sr. Professor António Major (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) e da Sra. Enfa Isabel Nunes e Sra. Enfa Catarina Afonso

Fevereiro de 2016

Sexualidade saúdável na adolescência



Sexualidade saudável na adolescência

A adolescência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (s/d), a **adolescência** é uma fase de desenvolvimento que ocorre entre os 10 e os 19 anos, associado ao desenvolvimento de identidade e aquisição de novas competências e representa uma das transições críticas no ciclo de vida.

A sexualidade na adolescência

A vivência da sexualidade saudável é parte integrante do normal desenvolvimento do seu filho(a).

A Organização Mundial de Saúde (2006) define a **sexualidade** como um aspecto central do ser humano, ao longo da vida, que engloba, sexo, identidades e papéis de gênero, orien-

Como agir?

- **Acompanhar, ouvir, estar atento** (acompanhar significa estar alerta e supervisionar; é importante ser paciente e disponível; ouvir é mais importante que falar);
- **Respeitar e responsabilizar** (o respeito, a honestidade, a confiança são uma mais valia);
- **Valorizar e estimular** (é importante ser construtivo e aproveitar possíveis erros como uma aprendizagem e não como falhas) (APF, s/d)



É importante conversar, partilhar opiniões e não impor respostas.

tação sexual, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa de diferentes formas e influenciada por diferentes fatores.

Na adolescência, é comum os adolescentes procurarem informação sobre sexualidade junto dos amigos e nos diferentes meios de comunicação social potenciando informações pouco claras e erróneas.

Assim, é fundamental que os adolescentes sintam abertura junto dos pais para colocar as suas dúvidas, ansios e preocupações, possibilitando tomadas de decisão informadas, conscientes, responsáveis e com menos riscos.

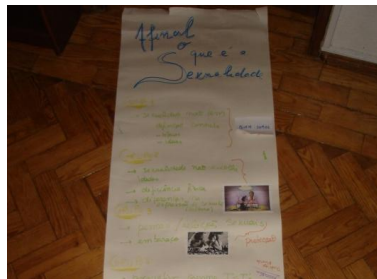
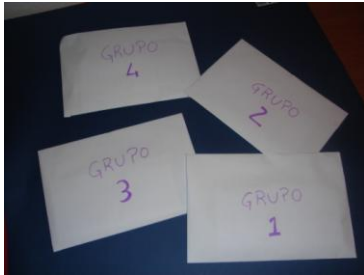


Falar sobre sexualidade não conduz ao início precoce da atividade sexual, mas sim à tomada de decisões responsáveis

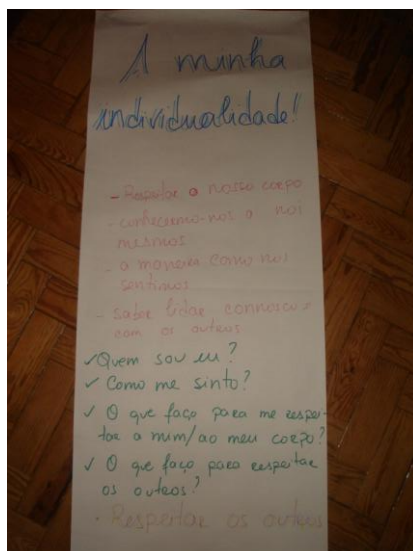
Apêndice XXI - Fotografias das atividades realizadas

Fotografias das atividades realizadas

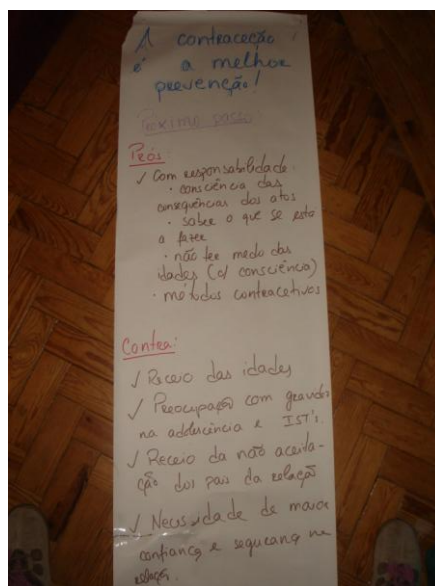
Sessão de EpS 1 – Afinal o que é a sexualidade?



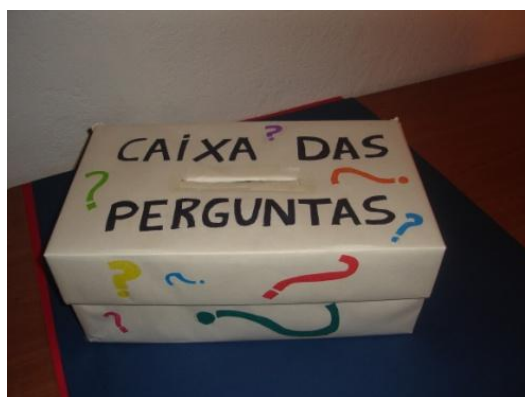
Sessão EpS 2 – A minha Individualidade!



Sessão EpS 3 – A contraceção é a melhor prevenção!



Sessão EpS 4 – Vamos esclarecer dúvidas!



Sessão de educação Interpares – Construção do malmequer



Origami entregue aos estudantes para sinalizar o Dia dos Namorados e Dia do Preservativo



Apêndice XXII – Documentos referentes à sessão realizada aos restantes 9^{os}
anos

Plano de sessão de educação para a saúde ao 9º ano – **Pensar saúde... Pensar sexualidade...**


Temática da sessão: Compreensão da prevalência, uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conhecer, sumariamente, os mecanismos de ação e tolerância	
Objetivo da sessão: Sensibilizar para a tomada de decisão responsável e informada no que concerne à sexualidade e contraceção	Data: 1 e 2 de Dezembro de 2015
	Local: Sala de aula da EB AG
População alvo: estudantes do 9º A; 9º B; 9º D; 9ºE	Duração da sessão: 90 min

Fase	Conteúdo	Duração	Método	Recursos materiais
1º momento: introdução	- Apresentação do objetivo e finalidade da sessão;	5 min	Expositivo	Computador; Data-show
2º momento: desenvolvimento	- Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação efetuado no ano letivo anterior; - Discussão sobre o conceito de sexualidade e suas dimensões; - Visualização de filme sobre métodos contraceptivos da APF: https://www.youtube.com/watch?v=GGD9EgjlGLM ; - Observação e contato com diferentes métodos	75 min	Discussão em grupo; Expositivo	Computador; Data-show; giz; quadro; caixa dos contraceptivos

	contracetivos; - Resumo das principais características dos métodos contracetivos.			
3º momento: conclusão	- Resumo dos aspetos mais importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas;	10 min	Expositivo e participativo	Computador; data-show;

VI Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de especialização enfermagem comunitária


Pensar saúde... Pensar sexualidade...



Autor: Inês Pereira
Orientadores:
Enf. Catarina Afonso;
Prof. António Major

Dezembro 2015

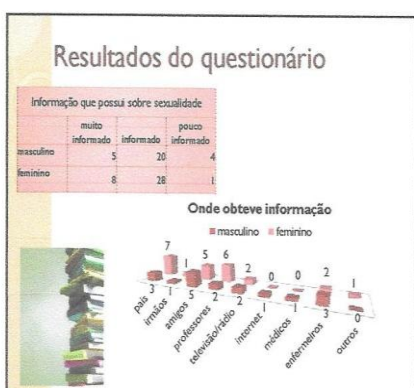
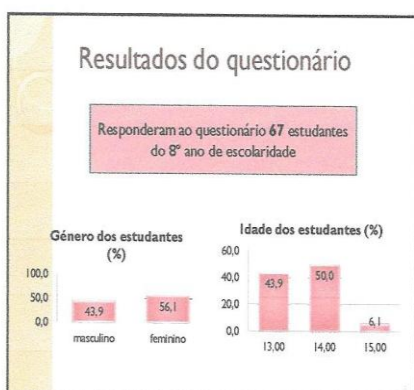
Objetivos da sessão



- Apresentação dos resultados do questionário aplicado no ano anterior;
- Refletir sobre o conceito de sexualidade e sexualidade saudável
- Esclarecimento de dúvidas

↓

Desenvolver atitudes promotoras de uma sexualidade saudável



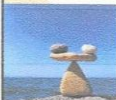
Resultados do questionário

Escala de conhecimentos sobre planeamento familiar

Média de conhecimentos: **3,7463**

Média conhecimentos rapazes: **3,6285**

Média conhecimentos raparigas: **3,8673**



Sexualidade no dia-a-dia...



© que pensar?


Sexualidade

Aspecto do ser humano presente ao longo da vida

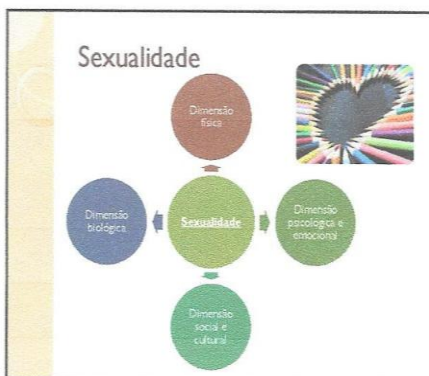
Engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, intimidade e reprodução

Experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações


Influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais




OHS, 2006




Sexualidade saudável na adolescência



Saúde → **Sexualidade**



Sexualidade saudável na adolescência



Saúde sexual:

Estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; a saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitável à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência

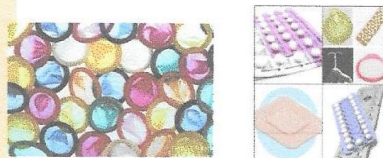
(OHS, 2006)

Sexualidade saudável na adolescência



Os métodos contraceptivos

<https://www.youtube.com/watch?v=GGD9EgiGJM>



Conclusão

- A sexualidade é parte integrante da vida;
- Implica partilha, respeito mútuo e responsabilidade;
- Implica um conhecimento de nós próprios e do outro e respeito mútuo



Conclusão

- A tomada de decisão de avançar deve ser pensada e refletida entre o casal. É importante recorrer a uma consulta de planeamento familiar antes do início da vida sexual;
- A prevenção das IST apenas é assegurada com o preservativo.
- Existem variados métodos contraceptivos. A escolha do método contraceptivo deve ser adequada e individualizada. É importante recorrer a profissionais de saúde quando se inicia a utilização de um método contraceptivo.
- A responsabilidade da utilização de métodos contraceptivos deverá ser partilhada entre o casal.



Bibliografia

- http://www.who.int/mediadata/graphics/sexual_health/en/;
- World Health Organization (2006). Sexual and reproductive health. Acedido a 31 de Março de 2015. Disponível em http://www.who.int/mediadata/graphics/sexual_health/en/
- <http://www.portugal.governo.pt/medios/informacao/educacao/sexualidade/sexualidade.htm>

Apêndice XXIII - Apresentação dos dados do QPAES e ECPF (2ª aplicação)

Resultados do QPAES (2ª aplicação)

Gráfico 16 – Respostas à questão: a educação sexual serve para

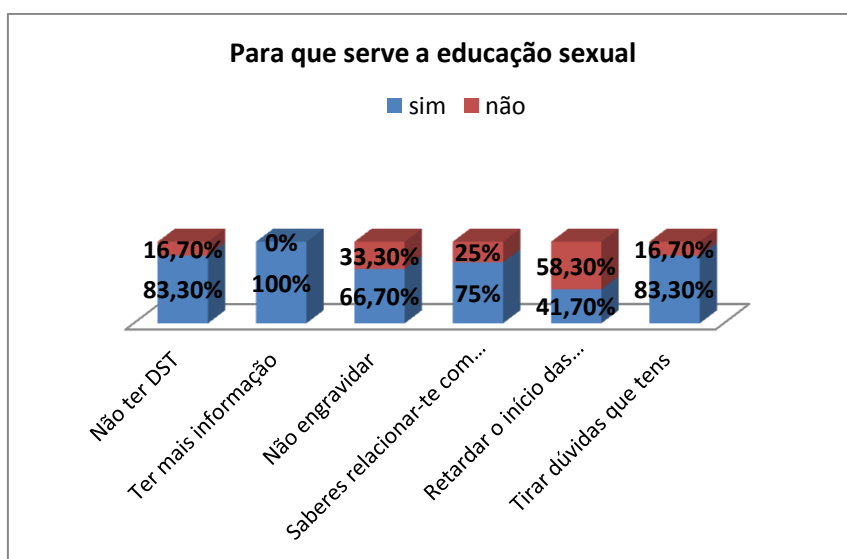
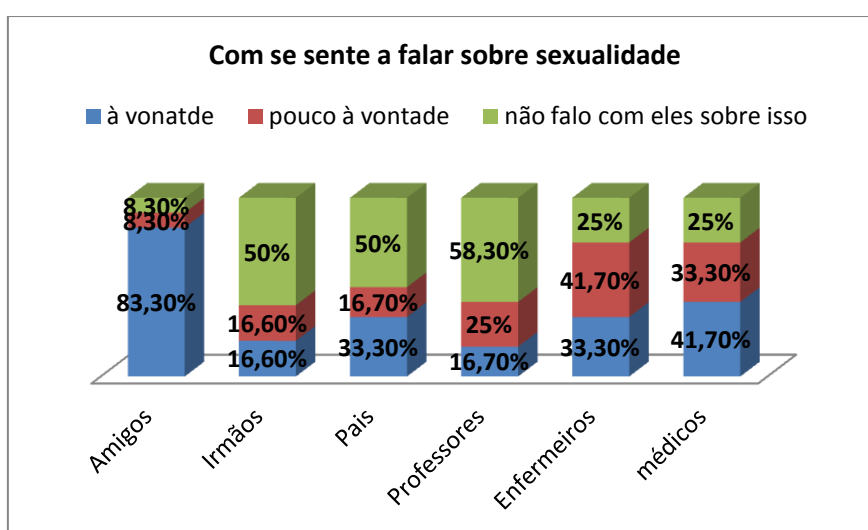


Gráfico 17 – Repostas à questão 11: como te sentes a fala sobre sexualidade



Quadro 7 – Respostas à questão 12: informação que sentes que possuis sobre sexualidade

Informação que o estudante sente que possui sobre sexualidade	
Muito informado	Informado
33,3%	66,7%

Quadro 8 – Respostas à questão 13: onde obtiveste mais informação sobre sexualidade

Onde obteve o estudante mais informação sobre sexualidade		
Amigos	Professores	Enfermeiros
33,3%	8,3%	16,7%

Quadro 9 –Respostas à questão14: quem é mais adequado para abordar educação sexual

Quem é mais adequado para abordar a educação sexual				
Enf.	Médico	Família	Prof., médico, enf. e família juntos	Outros
16,7%	33,3%	8,3%	16,7%	16,7%

Quadro 10 – Respostas à questão 15: qual a importância que atribui à educação sexual

Importância que o estudante atribui à educação sexual	
Muito importante	Importante
41,7%	58,3%

Gráfico 18– Respostas à questão16: qual a Importância atribuída aos temas

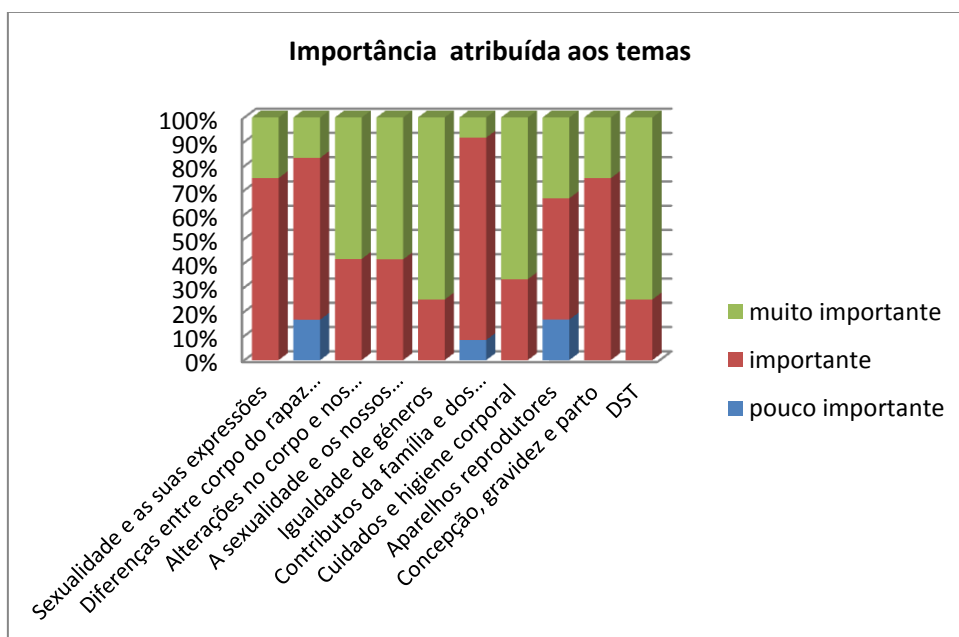
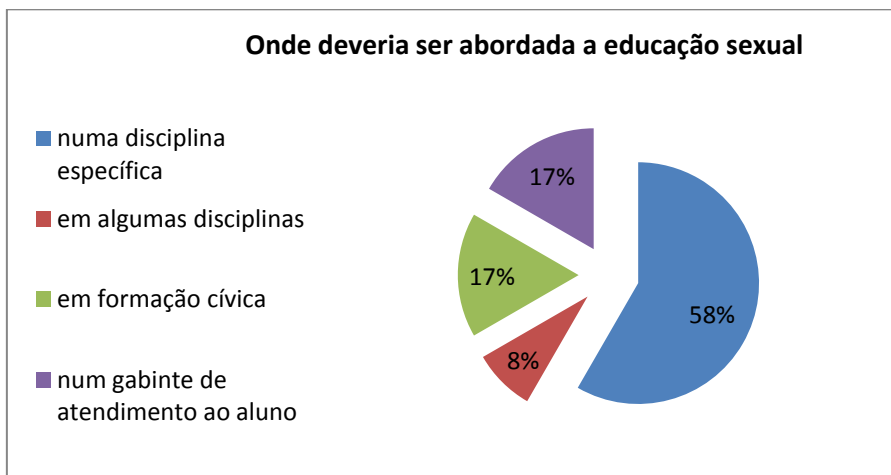


Gráfico 19 – Respostas à questão 17: a educação sexual deveria ser abordada nas escolas



Resultados da ECPF (2ª aplicação)

Quadro 6 –Escala de Conhecimentos sobre Planeamento familiar: valor médio das repostas (1ª avaliação)

Itens	Total
1.O planeamento familiar evita gestações indesejáveis	3,5833
2.O planeamento familiar evita a menstruação	4,3333
3.Os métodos contraceptivos evitam as menstruações	3,8333
4. A pílula é um método contraceptivo de barreira	2,8333
5. O dispositivo intra-uterino é recomendado a adolescentes	3,5833
6.É muito difícil engravidar na primeira relação sexual	3,3333
7.Há cuidados especiais na colocação do preservativo	4,8333
8.A pílula evita uma gravidez não desejada	3,5833
9.O preservativo é um método anticoncepcional de barreira que deve ser colocado antes da penetração	4,2500
10.O método do gráfico das temperaturas para ver quando ocorre a ovulação é aconselhado em adolescentes	2,8333
11.O período fértil na mulher ocorre por volta do 15 dia do ciclo menstrual	3,8333
12.O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro	3,8333
13.A laqueação das trompas não é aconselhada a adolescente	3,0833
14.A duração mais frequente do ciclo é de 28 a 30 dias	3,9167
15.Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde	4,0833
16.Deve-se verificar a validade do preservativo	5,000
17.As raparigas só engravidam se tiverem um orgasmo	4,5833
18.O uso de contraceptivos é da responsabilidade da rapariga pois é ela que engravida	4,5833
19.Os jovens de hoje têm fácil acesso à informação sobre métodos anticonceptivos	4,1667

20.O uso do preservativo diminuiria o prazer sexual e por isso nunca o usaria	3,8333
21.Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pílula do dia seguinte se não quiser engravidar	3,9167
22.Não uso preservativo porque tenho sempre a(o) mesmo parceira(o)	3,7500

Apêndice XXIV – Avaliação das sessões EpS

Avaliação da sessão EpS 1 – Afinal o que é a sexualidade?

Avaliação dos conhecimentos

	% de estudantes que responde corretamente	Média obtida
A sexualidade faz parte da vida	100%	90%
A sexualidade tem apenas uma dimensão	94%	
Importa refletir sobre a informação, acerca da sexualidade, que é disponibilizada no dia-a-dia	76%	

Avaliação da satisfação

	% de estudantes que avaliam satisfatoriamente a sessão	Média obtida
Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim	82%	72,3%
Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões	59%	
Estou satisfeito(a) com esta sessão	76%	

Avaliação da sessão EpS 2 –A minha individualidade!

Avaliação do indicador de resultado

	% de estudantes que responde corretamente	Média obtida
A sexualidade faz parte da vida A sexualidade é diferente de pessoa para pessoa	93%	81%
O meu corpo deve ser respeitado por mim e pelos outros	100%	
Nas relações afetivas e sociais não importa o que os outros pensam ou como se sentem	50%	

Avaliação da satisfação

	% de estudantes que avaliam satisfatoriamente a sessão	Média obtida
Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim	86%	78,6%
Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões	64%	
Estou satisfeito(a) com esta sessão	86%	

Avaliação da sessão EpS 3 –A contraceção é a melhor prevenção?

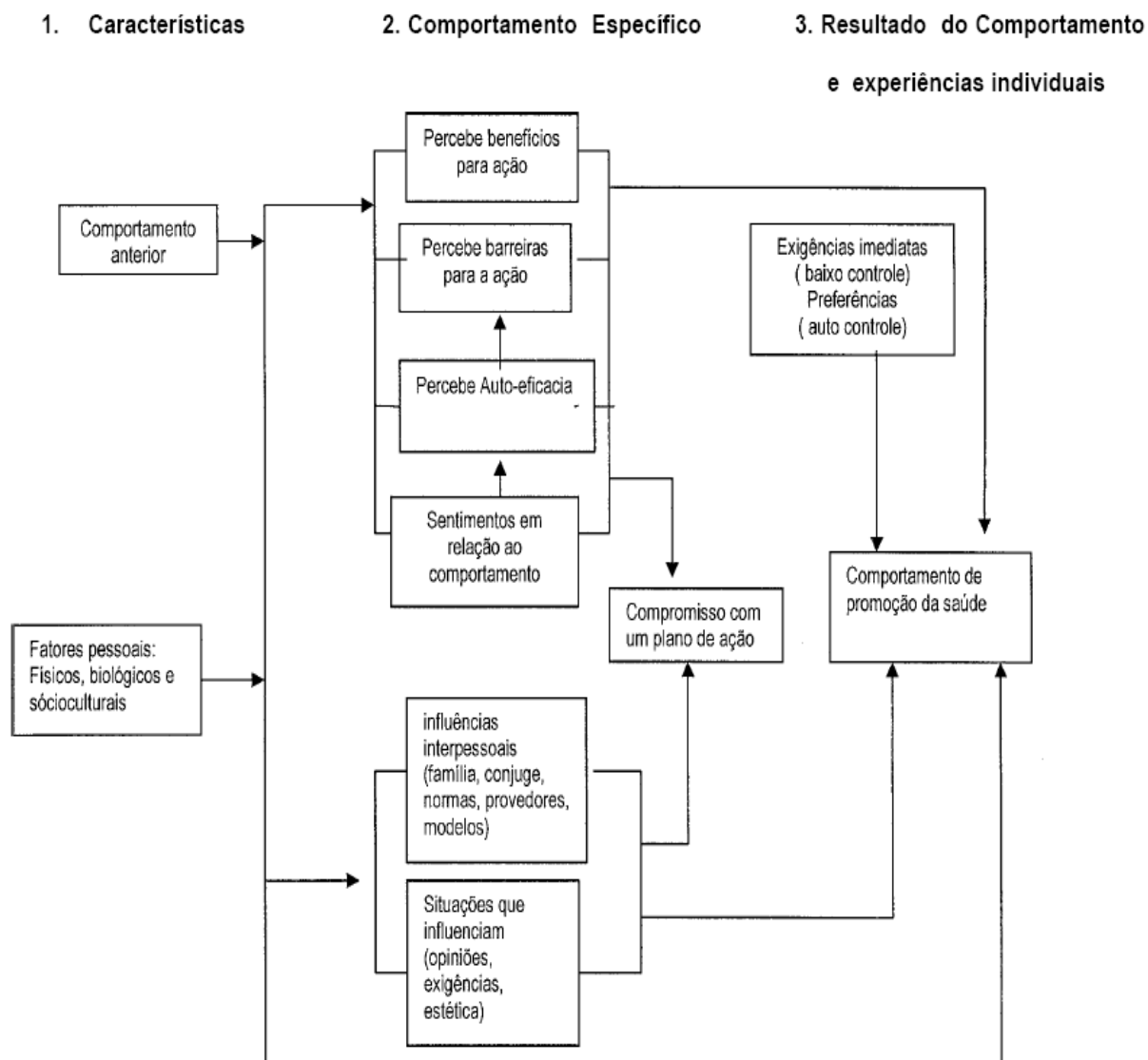
Avaliação do indicador de resultado

	% de estudantes que responde corretamente	Média obtida
A utilização do preservativo juntamente outro método contraceutivo é denominada de dupla proteção	93%	89%
A utilização de contraceção é apenas da responsabilidade da mulher	100%	
A escolha do método contraceutivo a utilizar deve ser pensada e partilhada entre o casal	73%	

Avaliação da satisfação

	% de estudantes que avaliam satisfatoriamente a sessão	Média obtida
Os temas tratados nesta sessão são importantes para mim	100%	84,6%
Esta sessão fez-me pensar sobre novas questões	67%	
Estou satisfeito(a) com esta sessão	87%	

Anexo I – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde



Adaptado de Victor, Lopes e Ximenes, 2005